Tom I. *Listopad 1899.* № 11.

CZASOPISMO LEKARSKIE

Kilka uwag o płonicy.

Na podstawie przebiegu epidemji płonicy spostrzeganej w Zagórowie w r. 1899.

Napisał Dr. **K. Lidmanowski.**

W walce z płonicą nie mamy dotąd żadnego swoistego środka, któryby działał skutecznie i zwalczał, jeżeli już nie chorobę, to przynajmniej niebezpieczeństwo zarażenia się. Jedynym środkiem, jaki nam podaje hygjena, jest izolacja chorych. Mówić o odosobnieniu chorych od zdrowych można jednak tylko w domach zamożniejszych a inteligentnych, rozporządzających kilku pokojami; ale cóż jednak czynić, jeżeli choroba dostaje się do ciemnej, brudnej izdebki, w której mieszka kilkoro ludzi? W większych miastach można chorego wysłać do szpitala i tym sposobem ocalić resztę dzieci, ale jak sobie poradzić w miejscowości, gdzie szpitali niema? Inicjatywa jednostki tutaj nie wiele zrobić może, tu może wiele i musi działać państwo. Kto nie widzi, wiele ofiar zabiera płonica, jakie kolosalne robi szczerby w rodzinie, wiele dzieci robi kalekami na całe życie, ten nie ma pojęcia, jak straszną ona jest chorobą. Ścisłe izolowanie pierwszego chorego dziecka, i jego otoczenia, może zapobiedz rozszerzeniu się choroby, zaniechanie zaś tego pozwala przenieść się chorobie do sąsiadów, a jeżeli już w kilku rodzinach są wypadki zasłabnięć, wtedy nie może być mowy o izolacji, wtedy z bólem serca patrzeć trzeba, jak choroba przechodzi z domu do domu i zostawia za sobą straszne spustoszenia.

Że brak izolacji pierwszego chorego pociąga za sobą takie opłakane skutki, miałem możność świeżo naocznie się przekonać. 21 stycznia r. b. zachorowała w osadzie córka miejscowego nauczyciela; 11 stycznia t. j. dziesięć dni przed pierwszymi objawami choroby tego nauczyciela odwiedził jego kolega z osady Chocz, odległej od Zagórowa o 28 wiorst, gdzie już od roku prawie

trwała epidemja szkarlatyny, najprawdopodobniej więc ten przyniósł ze sobą zarazę. Gdyby miejscowego nauczyciela, razem z jego dziećmi (pięcioro), izolowano — na rodzinie nauczyciela wszystkoby się skończyło; niestety, wszelkie moje perswazje i rady były bez skutku. Nauczyciel wprost od chorego dziecka chodził do szkoły, reszta rodzeństwa też stykała się z chorym. Rada moja, aby bezwarunkowo rozpuścić szkołę, pozostała bez skutku; to też szkoła stała się rozsadnikiem zarazy w osadzie. Najpierw zachorowały dzieci najwięcej styczności z nauczycielem i jego rodziną mające, t. j. dzieci jego dwóch szwagrów i jeden chłopiec, który chodził do mieszkania nauczyciela na lekcje prywatne; ztąd już choroba stopniowo wędrowała z domu do domu, nie oszczędzając prawie żadnej rodziny, w której były dzieci. Epidemja płonicy trwała prawie 6 miesięcy; tłumaczę sobie powolność szerzenia się epidemji tem, że najbardziej zaraźliwą jest płonica w okresie łuszczenia: dziecko, które zachorowało na płonicę, początkowo jeszcze nie jest bardzo niebezpieczne dla otoczenia, staje się dopiero takiem wtedy, kiedy następuje łuszczenie; wtedy razi braci i siostry, wtedy sąsiedzi przenoszą zarazki do siebie, następuje nowa serja dzieci chorych, które znowu w okresie łuszczenia zarażają inne; że tak jest przekonałem się w przypadkach, kiedy jedno dziecko w rodzinie uległo epidemji, a inne były izolowane dopiero na drugi lub nawet trzeci dzień choroby i pozostały zdrowe. Przeciwnie zaś, kiedy w rodzinie jedno z dzieci zachorowało, a reszta z jakichkolwiek powodów oddzieloną być nie mogła, *zawsze* reszta dzieci zapadała na płonicę w okresie łuszczenia się pierwszego dziecka.

Epidemja płonicy, jaką miałem możność spostrzegać, należała do ciężkich, szczególnie początek choroby bywał bardzo burzliwy. W samej osadzie,—a te tylko przypadki uwzględniam, gdyż tylko te miałem możność obserwowania od początku do końca choroby,—miałem 110 przypadków płonicy, każdy bez wyjątku przypadek zaczynał się wymiotami, a niekiedy zarazem i rozwolnieniem; jednocześnie zawsze występowało kataralne zajęcie gardła z ciepłotą od 39^{0}—40^{0}. Zajęcie gardła razem z podniesieniem ciepłoty i wymiotami należały do stałych początkowych objawów płonicy; jedynie wymioty stanowiły wyjątek: na 110 przypadków płonicy tylko w 3-ch zauważyłem zajęcie gardła z podniesioną ciepłotą bez wymiotów, ale przypadki te były tak lekkie, że dwoje z tych dzieci na trzeci, a jedno na czwarty, dzień choroby były zupełnie zdrowe. Jeżeli w początku choroby występowały silne wymioty razem z rozwolnieniem a przy tem ciepłota była nieznacznie podwyższoną (38^{0},0—38^{0},6)—zawsze miałem do czynienia z przypadkiem ciężkim, fatalnie się kończącym. Takich przypadków

obserwowałem 6; wszelkie możebne zabiegi w celu zwalczenia wymiotów pozostawały bez skutku, tętno słabło pomimo podawania piżma, kofeiny, kamfory lub wina, dzieci po kilku godzinach wymiotów i rozwolnienia wpadały w stan apatji, tętno w tętnicy promieniowej nikło, chociaż tony serca można było jeszcze słyszeć, i po kilkunastu godzinach następowała śmierć. O takich przypadkach wspomina w swym podręczniku Henoch i utrzymuje, że wszelkie zabiegi w tego rodzaju przypadkach są bezskuteczne; nie wspomina jednakże, czy ciepłota mało podwyższona w początkach choroby, razem z wymiotami i rozwolnieniem, pozwala na bezwzględnie złe rokowanie. Na podstawie swych obserwacji doszedłem do wniosku, że same wymioty i rozwolnienie w początku choroby nie są jeszcze tak strasznymi objawami, jeżeli tylko ciepłota przekracza 39°; przeciwnie zaś, przy ciepłocie niższej niż 39° silne wymioty i rozwolnienie zawsze były zwiastunami niedługo mającej nastąpić śmierci. Obserwowałem 24 przypadki płonicy z silnymi wymiotami i rozwolnieniem, gdzie ciepłota przekraczała 39° i wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem; przeciwnie zaś w 6 wyżej przytoczonych przypadkach ciepłota najwyższa była 38°,6 (najniższa 38°,1).

W epidemji zagórowskiej, w późniejszych okresach choroby, powikłania zdarzały się najczęściej ze strony nerek, gruczołów chłonnych szyji, gardła, średniego ucha i osierdzia, lecz te powikłania nie były bardzo złośliwemi. Na 106 przypadków płonicy 6-ro dzieci umarło w początkowych okresach choroby, tylko zaś 4-ro po kilkunastu dniach choroby; jedno z tych czworga zmarło na ropnicę, jedno na zapalenie wsierdzia i dwoje na posocznicę.

Co się tyczy zapalenia nerek, to w późniejszych okresach choroby spostrzegałem je prawie zawsze, bo w 92 przypadkach na 104. Zaziębienie bezspornie ma wpływ na wystąpienie zapalenia nerek, gdyż zawsze po najlżejszem nawet przeziębieniu występował białkomocz, którego dotąd nie było; lecz z drugiej znowu strony, zajęcie nerek następowało także u dzieci, u których tego momentu etjologicznego wykryć nie było można; tutaj więc tylko jad płonicy winić należy, gdyż ten tylko mógł wywołać zajęcie nerek. W tych 92 przypadkach białkomoczu znajdywałem od 0,6 do 4 pro mille białka (podług Esbacha), mocz zawsze był mętnym, oddziaływał słabo kwaśnie lub nawet zasądowo, ciężar gat. od 1018—1024, w osadzie nabłonek nerkowy i liczne wałeczki; w dwóch przypadkach po kilku dniach białkomoczu nastąpił krwiomocz, lecz i te dwa przypadki zakończyły się pomyślnie. Gruczoły chłonne szyji bardzo często ulegały zajęciu, obrzmienie dochodziło nieraz do tak znacznych rozmiarów, że poły-

kanie płynów było mocno utrudnione; zewnętrzne obrzmienie gruczołów dochodziło do wielkości dużego jabłka; stosunkowo często,—gdyż w 28%,—obrzmiałe gruczoły ulegały zropieniu, co wymagało otworzenia ropnia.

Ze strony gardła—migdały zawsze ulegały zajęciu, lecz najczęściej ograniczało się ono do kataralnego zapalenia; w 29 przypadkach obserwowałem torebkowe zapalenie (angina follicularis), naloty błonicze obserwowałem tylko w dwóch przypadkach i to nie złośliwe: po kilkakrotnem płukaniu płynami przeciwgnilnymi—znikały.

Zapalenie ropne średniego ucha widziałem w 8 przypadkach; w 6 z tych przecinałem błonę bębenkową, a po usunięciu ropy gojenie następowało bardzo prędko, słuch na tem nie ucierpiał; w jednym przypadku ropa sama zrobiła sobie otwór w błonie; po przepłukaniu ucha otwór przy badaniu wziernikowem okazał się wielkości 4—5 mm. okolony strzępami błony bębenkowej; tutaj ropienie trwało przeszło 4 tygodnie i słuch mocno obecnie szwankuje; w innym przypadku matka nie zgodziła się na przecięcie dziecku błony bębenkowej; po dwóch dniach podniesionej ciepłoty (40°,2), nastąpiły objawy zapalenia opon mózgowych, drgawki, brak akkomodacji źrenic na światło, wymioty, silnie wyrażony opistotonus, mięśnie karku twarde, czułe na ucisk; jednakże i w tym przypadku nastąpiło samoistne pęknięcie błony bębenkowej; dość znaczna ilość ropy została wydaloną na zewnątrz, po czem objawy zajęcia opon mózgowych ustąpiły i mały pacjent powrócił do zdrowia.

W dwóch przypadkach płonicy spostrzegałem zapalenie osierdzia z wysiękiem surowiczym; początkowo w okolicy serca wystąpiły szmery, spowodowane tarciem osierdzia, po dwóch, a w drugim przypadku po trzech dniach, szmery zepełnie znikły, natomiast stłumienie serca zaczęło się powiększać, 6-go dnia choroby stłumienie przy opukiwaniu zaczynało się od góry na 1-em żebrze, na lewo dochodziło do przedniej linji pachowej, a na prawo sięgało na 3—4 cm. nazewnątrz prawego brzegu mostka.

W dwóch przypadkach miałem do czynienia z zapaleniem wsierdzia; raz u sześcioletniego chłopca; to zakończyło się śmiercią; drugie—u 12-to letniej dziewczynki, które jednakże przeszło, zostawiając po sobie niedomykalność zastawki dwudzielnej.

To są wszystkie poważniejsze powikłania, jakie miałem możność spostrzegać w 110 przypadkach płonicy; przejściowe niedyspozycje żołądka i kiszek, jakie się zdarzały, nie zasługują na uwagę ze względu na to, że przy stosownem postępowaniu szybko ustępowały.

Przechodzę obecnie do leczenia jakie stosowałem:

Leczenie płonicy należy do najniewdzięczniejszych zadań lekarza prowincjonalnego. Dobrze jeszcze, jeżeli jest możność obserwowania chorego przez cały czas choroby; wtedy można, w samym początku, zauważywszy powikłanie, borykać się z niem; gorzej, jeżeli jest się wezwanym do chorego, którego więcej widzieć niepodobna, a trudno przepowiedzieć, co jutro ze sobą przyniesie; niepodobna objaśnić mało rozwinięte otoczenie chorego, na co zwracać uwagę powinno i co w danym razie robić; w tych przypadkach lekarz bardzo prędko może poderwać zaufanie do siebie u ludu; to też nie dziwię się, że jeden z kolegów starszych, cieszący się wielkiem zaufaniem u ludu, odezwał się do mnie w te słowa: „w mojej okolicy jest obecnie płonica, to tylko szczęście, że mnie do niej nie wzywają.“ Trudno wymagać od naszego chłopa, aby codziennie do swego dziecka woził lekarza; zawezwie go najwyżej raz, dwa razy i to wtedy, kiedy sam widzi, że z dzieckiem jest bardzo źle; co tu wtedy począć? Pomimo najlepszych chęci niewiele wtedy pomódz można, a lud wiejski traci zaufanie do lekarza, mówiąc „i doktór był, a nic nie pomógł.“ Inna rzecz z chorymi miejscowymi, których można widzieć nie tylko raz dziennie, ale—w razie potrzeby—po kilka razy; tutaj interwencja lekarska na coś się zda, gdyż stosownem postępowaniem można wielu *powikłań* uniknąć.

W początkowych okresach choroby, przy silnych wymiotach i rozwolnieniu, wszelkie nasze zabiegi lecznicze pozostają bez skutku; opuszcza się wtedy ręce, widząc naszą bezsilność wobec zakażenia, a chore dziecko nieraz umiera w kilkanaście godzin od początku choroby; jeżeli wymioty i rozwolnienie ustąpiły, lub tego ostatniego zupełnie nie było, jeżeli ciepłota jest znacznie podniesioną w początku choroby, wtedy otucha wstępuje w leczącego.

W początkowych okresach płonicy, naturalnie, nic więcej oprócz hygjeny nie zalecałem. Podawanie więc płynnych pokarmów: mleka, herbaty, kakao; zresztą, łaknienie w tym okresie jest tak upośledzonem, że dzieci nic przyjmować oprócz wody nie chcą. Ciepłota stosowna mieszkań, jeżeli można—przenoszenie dzieci na dzień do innego pokoju, w celu przewietrzenia sypialnego, wreszcie—kąpiele 28^0-26^0 R. Właściwe leczenie rozpoczynałem dopiero wtedy, kiedy następowało jakieś powikłanie.

Przy obrzmieniu gruczołów chłonnych szyji stosowałem początkowo smarowanie skóry roztworem jodoformu w collodium, lecz nie zauważywszy żadnego działania tego zabiegu, zacząłem stosować 12% ichtyolu w waselinie, ta maść działała o wiele lepiej; gruczoły zmniejszały się, obrzmienie się rozchodziło, do ropienia dochodziło daleko

rzadziej, niż przy stosowaniu jodoformu w collodium. Co się tyczy kataralnego zajęcia migdałów i przełyku, to początkowo nie stoso wałem żadnego leczenia; bardzo często zapalenie to bez żadnej interwencji z mej strony ustępowało; jeżeli jednak na migdałach zaczęły tworzyć się naloty, wtedy zalecałem pędzlowanie z chloranu potasu, lub, jeżeli dzieci umiały płókać—płókanie.

Zapalenie ucha średniego leczyłem w ten sposób, że nakłówałem błonę bębenkową, wypuszczałem ropę, następnie robiłem lekkie przepłókiwania ciepłym roztworem kwasu bornego.

Przy zapaleniu nerek stosowałem mleczną djetę, kąpiele, smarowanie po kąpieli ciepłą oliwą, środki moczopędne: diuretinum, liq. kali acetici, oxymel scillae, fol. uvae ursi etc., lecz prędko się przekonałem, że te wszystkie środki nie sprawiały żadnej zmiany, przeto zarzuciłem je, stosując jedynie djetę mleczną i wodę, w postaci lekkiej herbaty; jedynie przy wysokiej ciepłocie i słabej działalności serca podawałem naparstnicę.

Zapalenie wsierdzia, osierdzia, oskrzeli a także posocznicę, leczyłem podług ogólnych prawideł terapji.



Spostrzeżenia z praktyki.

Przyczynek do uszkodzeń dróg porodowych.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkiem dnia 21 września r. b.)

Podał Dr. **Józef Saks.**

Wiadomą powszechnie jest rzeczą, iż każdy poród bywa powodem pewnych uszkodzeń części miękkich dróg porodowych, jak naprzykład szyjki macicznej, pochwy i t. d.—jest to zjawisko prawie fizjologiczne; znaczniejsze dopiero rozdarcia pochwy, krocza i t. d. wkraczają w dziedzinę patologji.

Znaczne uszkodzenia części miękich, jak rozdarcie pochwy i pęcherza moczowego, macicy lub kiszki stolcowej, zależą niekiedy od zbyt gwałtownych rękoczynów, za pomocą rąk lub też narzędzi dokonywanych. Innym znów razem pęknięcie macicy, oderwanie sklepienia lub przetoki pęcherzo-pochwowe zależą od niestosunku między miednicą a płodem, lub nienormalnego położenia płodu w jamie macicy. Nie wkracza w zakres tej notatki szczegółowe omawianie tej kwestji; więc jej w najogólniejszych zarysach tylko

dotykam, jako będącej w związku z przypadkiem, który mam zamiar Panom zakomunikować.

Dnia 8 września r. b. zostałem wezwany do przytułku położniczego przy szpitalu małż. Poznańskich do silnego krwotoku poporodowego. Posługacz szpitalny, który przybiegł po mnie, opowiedział mi, iż już wcześniej miał udać się po mnie, lecz na wychodnem został wstrzymany, ponieważ moja pomoc już była zbyteczną. Miał on przy sobie poprzednio mu daną karteczkę, w której akuszerka uprasza mnie o przybycie do szpitala, ponieważ główka urodziła się przeszło przed 30 minutami a poród dalej się nie posuwa. Gdy przybyłem do szpitala, zastałem chorą w stanie silnej zapaści, b. bladą, z b. drobnem tętnem, często wymiotującą; krwawienie było już nieznaczne. Po wyciśnięciu z macicy znacznej ilości skrzepów krwawych, krwawienie ustało, choć macica jeszcze ciągle rozluźniała się. Przypuszczając, iż niedowład macicy zależeć może w pewnym stopniu od niezupełnego opróżnienia pęcherza, postanowiłem wypuścić mocz. Ku największemu memu zdziwieniu—przez cewnik zaczęła wychodzić w miejsce moczu czysta krew w dość znacznej ilości. Nie pojmując przyczyny krwotoku z pęcherza, postanowilem zbadać pęcherz dwuręcznie. Dwa palce, wprowadzone do pochwy, napotkały w przedniej ścianie pochwy, niedaleko przedniego sklepienia, otwór przepuszczający swobodnie całą pięść, a drążący do pęcherza; to uszkodzenie przebiegało w kierunku poprzecznym pochwy; mieliśmy zatem do czynienia ze znacznem rozdarciem pęcherza i pochwy.

Zdziwiony takiem znacznem uszkodzeniem, zebrałem natychmiast anamnezę, którą niżej przytaczam. Dnia 7 września r. b. o godzinie 10 wieczorem przybyła do przytułku położniczego kobieta 30 letnia, trzeci raz rodząca, z słabymi bólami porodowymi. O godzinie 12 w nocy chora dostała silniejszych bólów, o godzinie 4 rano odeszły wody płodowe, o trzy kwadranse na szóstą, względnie lekko, urodziła się główka, poczem bóle ustały i główka prawie przez 45 minut, według słów akuszerki, sterczała nazewnątrz; po tym czasie udało się dopiero akuszerce uwolnić tylną rączkę i wydobyć płód. Jak już wyżej wspomniałem, akuszerka zamierzała wezwać mej pomocy ze względu na wstrzymanie się porodu; gdy jednak posługacz miał udać się po mnie, zjawił się ból i akuszerce udało się wydobyć płód.

Płód duży, płci żeńskiej, częściowo zmacerowany. Brzuch silnie wzdęty, kości czaszki łatwo przesuwalne. Obwód główki normalny—34 cm.; diam. occip.—front. 10,5 i bipariet 9,2. Długość płodu 60 cm. (normalna 50—52); diameter biacromialis 16 cm. (norm. 12), waga płodu 5352 gramy (normalnie 3000—3300), mieliśmy zatem do czy-

nienia z płodem znacznie większym niż zwykle. Łożysko odeszło po 10 minutach; po 20 minutach nastąpił silny krwotok, którego akuszerka nie zdołała zatamować, co ją skłoniło do wezwania mej pomocy. Stan, jaki znalazłem, wyżej podałem. W tem miejscu dodać jeszcze muszę, iż wymiary miednicy u rodzącej są normalne, i że dwa poprzednie porody przebiegały dobrze.

Ze względu na stan znacznej zapaści chorej nie można było pomyśleć o rękoczynie natychmiastowego zeszycia pęcherza, co nie było-by zabiegiem łatwym ze względu na dość wysokie położenie uszkodzenia. Postanowiłem przeto pozostawić sprawę siłom natury i dokonać, ewentualnie, w czasie późniejszym operacji zaszycia lege artis przetoki pęcherzo-pochwowej, jaka ewentualnie pozostanie po skurczeniu się tkanek; tymczasem zaś zaleciłem chorej, mówiąc nawiasem, osobie b. mało inteligentnej, leżeć na boku, aby, o ile to możliwe, mocz nie zaciekał ciągle na zabliźniającą się ranę. Przebieg sprawy w dalszym ciągu był następujący. Trzeciego dnia chora zaczęła lekko gorączkować (najwyższa ciepłota—38,4); od 18 września ciepłota normalna. Przez pierwsze cztery dni w pęcherzu moczu wcale nie było; cały mocz odchodził przez pochwę, i chora szerzyła na około siebie charakterystyczny zapach moczu. 13 września chora zaczęła oddawać dobrowolnie nieznaczną ilość moczu; 14 września zbadałem lekko chorą, przy czem okazało się, iż otwór znacznie się zmniejszył; po badaniu, aczkolwiek b. ostrożnem, stan chorej się pogorszył; przez kilka dni znów moczu dobrowolnie oddawać nie może. Od 19 września stan znakomicie się poprawił i oddaje dobrowolnie bardzo znaczną ilość moczu, przez pochwę odchodzi chyba bardzo nieznaczna ilość (prześcieradło czyste), chora nie szerzy zapachu uryny. Badanie dokonane 21 września, przekonało mnie, iż uszkodzenie jest nie większe nad 1 cm.; nie wykluczoną jest zatem możliwość, iż przy cewniku położonym à demeure, przetoka zamknie się w zupełności. Bieda tylko, iż chora, uważając się za zdrową, koniecznie chce się wypisać [1]).

Przypadek, który przytoczyłem, jest niezmiernie ciekawy ze względu na zagadkową jego etjologję. Poród nie przebiegał, względnie, ciężko; nie można więc uszkodzenia wytłomaczyć martwicą wskutek ucisku; zresztą, przetoki, zależne od długotrwałego ucisku, najczęściej główki, na części miękkie dróg porodowych, występują dopiero trzeciego lub czwartego dnia po porodzie; żadne gwałtowne rękoczyny nie były dokonywane.

---

[1]) 23 września, pomimo mych napomnień, chora się wypisała i do tego czasu się nie zgłosiła; prawdopodobnie stan jej jest niezły.

Przypuściwszy nawet, że akuszerka bardzo energicznie wzięła się do uwolnienia rączki tylnej, czemu ona przeczy i co zresztą jest wątpliwem, albowiem krocze nie zostało wcale uszkodzonem, pozostanie rzeczą niewytłómaczoną *tak znaczne* uszkodzenie pochwy i pęcherza. Czy powodem tego rozdarcia były duże rozmiary płodu, przy wyjątkowej słabości tkanek uszkodzonych, pozostanie przypuszczeniem, na które trudno dać stanowczą odpowiedź.



Warunki hygjeniczne w szkołach elementarnych miejskich oraz w zakładach naukowych prywatnych Łodzi.

Podał Dr. **St. Lewkowicz.**

(Dokończenie.)

IV. *Podłogi i ściany.* Podłogi spotykałem z twardego drzewa, ułożone szczelnie, bez szpar; malowane olejno. Mycie podłóg odbywa się w lokalach szkolnych w różnym okresie czasu, lecz wogóle te są czysto utrzymywane. Za to ściany są odrapane, brudne, odrażające. Pomijam, że są one malowane farbami pstrokatemi, co wcale nie sprzyja potęgowaniu oświetlenia, którego—niestety—w wielu lokalach szkolnych brak, ale są one rzadko odnawiane; nigdzie nie spotkałem ścian, choćby w dolnej trzeciej części pomalowanych farbą olejną, aby mogła być mytą. Tak niechlujny wygląd ścian, szczególnie w dolnej ich części, zależy z jednej strony, od ciasnoty lokalów, wskutek czego ławki stoją szczelnie przy ścianach, z drugiej strony—od braku oparcia w ławkach, przy czem dla ostatniej rolę oparcia odgrywa ściana; to też uczniowie, którzy siedzą w ostatnich ławkach i przy przejściach obok ściany, przyczyniają się głównie do odrapania i zbrudzenia takowych. W tem miejscu dodać muszę, że dezynfekcja lokali szkolnych, chociażby dwa razy do roku, w Łodzi, gdzie choroby zaraźliwe panują cały rok, jest nie tylko pożądaną lecz wprost niezbędną.

V. *Ławki szkolne.* Różnorodność ławek szkolnych pod względem typu i rozmiarów jest w szkołach naszych tak wielką, iż w niektórych wypadkach w jednej i tej samej szkole zmuszony byłem każdą ławkę osobno mierzyć. Jakie rozmiary powinny mieć ławki stosownie do wzrostu uczni i jakie rozmiary znalazłem w poszczególnych szkołach—poucza nas następująca tablica.

Tablica II. a) Szkoły Rządowe.

Nazwa szkoły	Wzrost ucznia w centymetrach.	Rozmiary ławek w centymetrach: Dyfer. jest	Dyf. powinna być	Dystans jest +	Dyst. pow. być	Wysok. jest	Wysok. pow. być	Oparcie jest	Oparcie pow. być
		norm. 15% całego wzrostu		norm. pow. być ujemny i nie przewyższ. 5 cm.		norm. 28% wzrostu		norm. = dyferen.	
№ 1 ogólna miejska	a) 99—118	23	16,2	14	5	39	30,4	39	16,2
	b) 110—187	26	18,5	10	5	41	34,5	41	18,5
№ 8 ogólna miejska	a) 124—102	27	15,9	6	5	42	31,6	32	15,9
	b) 108—127	25	17,6	9	5	44	42,9	40	17,6
№ 9 ogólna miejska	a) 99—133	26	17,4	5	5	38	32,4	31	17,4
	b) 113—137	27	18,2	6	5	40	35,02	36	18,2
№ 10 żeńska miejska	a) 92—111	21,2	15,2	9	5	37	28,4	41	15,2
	b) 113—130	21,2	18,2	9	5	39	34,02	38	18,2
№ 11 ogólna miejska	a) 99—110	22	15,6	10	5	32	29,2	36	15,6
	b) 100—120	22	16,5	10	5	39	30,8	40	16,5
	c) 110—137	24	18,5	10	5	35	34,5	41	18,5
№ 14 ogólna miejska	a) 100—127	33	17,5	12	5	33,4	31,7	42,5	17,5
	b) 104—132	33	17,7	11	5	45	33,04	40,1	17,7
№ 15 ogólna miejska	a) 122—99	31	16,5	10	5	33	30,9	44	16,5
	b) 131—99	30	17,2	7	5	35	32,2	36	17,2
	c) 103—129	28	17,4	8	5	38	32,4	37	17,4
	d) 112—129	29	18,07	10	5	39	33,7	38	18,07
№ 16 ogólna miejska	a) 90—120	28	15,7	8	5	34	29,4	30	15,7
	b) 120—130	28	18,7	8	5	34	35	30	18,7
№ 17 ogólna miejska	a) 95—118	34	15,9	12	5	40	29,3	36	15,9
	b) 103—137	29	18	11	5	38	38,6	44	18
№ 18 ogólna miejska	a) 99—124	31	16,7	10	5	39	31,2	36	16,7
	b) 107—124	34	17,3	14	5	41	34,3	46	27,3
№ 20 żeńska miejska	a) 90—120	26	15'7	10	5	33	27,4	24	15,7
	b) 120—130	27	18,7	11	5	34	35	30	18,7
№ 1 żeńska żydowska	a) 99—133	26	17,4	10	5	31	32,4	37	17,4
	b) 102—117	25	16,4	8	5	39	30,6	36	16,4
	c) 113—137	27	18,2	9	5	40	35,02	39	18,2
№ 2 żeńska żydowska	a) 88—127	26	22,4	10	5	36	30,1	34	22,4
	b) 101—130	25	17,8	12	5	34	32,3	31	17,8
	c) 108—137	24	18,3	11	5	39	34,3	31	18,3

Nazwa szkoły	Wzrost ucznia w centymetrach	Rozmiary ławek w centymetrach: Dyfer. jest	Dyf. powinna być	Dystans jest +	Dyst. pow. być	Wysok. jest	Wysok. pow. być	Oparcie jest	Oparcie pow. być
		norm. 15% całego wzrostu		norm. pow. być ujemny i nie przewyższ. 5 cm.		norm. 28% wzrostu		norm. = dyferen.	
№ 3 żeńska żydowska	a) 88—127	29	16,12	10	5	35	30,1	38	16,2
	b) 106—133	28	17,9	8	5	34	33,4	40	17,9
	c) 107—139	30	18,4	10	5	35	34,4	38	18.4
Żydowska miejska żeńska jednoklasowa	a) 103—118	27	24,07	11	5	39	30.9	39	24,07
	b) 103—118	28	24,07	11	5	42	30,9	40	24,07
Żydowska miejska jednoklasowa męzka	a) 103—127	30	17,25	10	5	36	32,2	37	17,25
	b) 107—127	30	17,5	10	5	36	32,7	43	17,5
Żydowska miejska 2 klas. męzka	a) 102—133	27	17,6	15	5	40	32,9	44	17,6
	b) 107—127	27	17,5	15	5	40	32,7	41	17,5
	c) 117—139	27	19,2	11	5	49	35,8	42	19,2

b) Szkoły prywatne.

Prywatna męzka A.	a) 110—132	18	18,15	3 ujemny	5	28	28.8	18	16,15
	b) 120—141	19	19.5	3 „	5	36	36.5	19	19,5
	c) 123—160	20	21,2	4 „	5	39	39,6	20	21,2
	d) 135—165	21	22,5	5 „	5	42	42	21	22,5
Prywatna męzka B.	a) 97—108	15	15,3	4 ujemny	5	28	28,5	15	15,3
	b) 105—128	17	17,3	4 „	5	32	32.3	17	17,3
	c) 101—114	17	17,1	4 „	5	31	31,08	17	17,1
	d) 111—124	17	17,6	4 „	5	32	32,9	17	17,6
Prywatna męzka C.	a) 113—137	32	18,7	15	5	48	35	37	18,7
	b) 98—114	32	15.9	11	5	49	23,9	37	15,9
	c) 101—124	32	16,8	13	5	47	31,5	36	16,8
	d) 108—131	31	17,9	14	5	46	33,4	37	17,9
Prywatna męzka D.	a) 99—105	26	15,3	13	5	41	28.5	37	15,3
	b) 97—113	24	15,7	13	5	41	29,4	29	15.7
	c) 110—124	25	17,5	11	5	43	32,7	28	17,5
	d) 111—127	26	17,8	10	5	43	33,3	34	17,8
	e) 111—142	24	18,9	12	5	41	35,4	40	18.9
	f) 113—137	24	18.2	13	5	43	35	41	18,2
Prywatna męzka E.	I 100—107	23	15,5	8	5	30	31,9	29	15,5
	II 100—122	20	16,6	10	5	40	31,8	38	16,6
	III 101—129	18	17,7	11	5	36	32,2	40	17,7
	IV 107—130	22	17.7	13	5	29	33,1	40	17,7
	Ia) 110—142	22	18,9	12	5	36	35,2	38	18,9
	IIa) 122—144	21	19,9	10	5	41	37,2	36	19,9
	IIIa) 124--158	20	21,6	11	5	30	39.4	37	21,1
	IVa) 127--135	20	19,6	10	5	41	36,6	35	19,6

Nazwa szkoły	Wzrost ucznia w centymetrach	Rozmiary ławek w centymetrach							
		Dyfer. jest	Dyf. powinna być	Dystans jest +	Dyst.pow.być	Wysok. jest	Wysok. pow. być	Oparcie jest	Oparcie pow. być
		norm. 15% całego wzrostu		norm. pow. być ujemny i nie przewyższ. 5 cm.		norm. 28% wzrostu		norm. = dyferen.	
Prywatna męzka F.	a) 95—103	27	16,5	10	5	41	27,7	36	14,8
	b) 95—118	26	17,4	8	5	40	29,8	40	23,4
	c) 100—118	28	18,3	7	5	41	30,5	39	23,8
Prywatna żeńska A.	a) ławek	szk	olnyc	h niema	są	st	oły z	wyc	zajne
	b) 92—122	31	16,5	9	5	40	30,9	42	16,5
	c) 100—133	30	17,4	10	5	41	32,6	39	17,4
	d) 107—137	40	18,3	11	5	38	34,1	40	18,3
	e) 122—142	39	19,8	8	5	37	36,9	39	19,8
	f) 122—145	29	20,03	9	5	40	37,3	40	20,02
	g) 122—137	36	19,4	10	5	41	36,2	41	19,4
Prywatna żeńska B.	a) 110—124	27	17,4	10	5	41	32,7	42	17,5
	b) 113—137	28	18,2	10	5	40	35	46	18,2
	I 127—135	2)	19,6	10	5	40	36,6	45	19,6
	II 122—142	30	19,8	11	5	41	36,9	44	19,8
	III 124—158	32	21,1	11	5	44	39,4	41	21,1
	IV 127—150	34	20,7	11	5	44	38,7	40	20,7
	V 135—158	34	21,9	11	5	45	41	40	21,9
Prywatna żeńska F.	a) 98—124	30	16,6	11	5	47	31.08	49	16,6
	b) 105—131	31	17,7	10	5	46	33,04	50	17,7
	a) 117—135	30	18,9	11	5	45	35,28	51	18,9
	d) 120—134	32	19,05	12	5	44	35,5	54	19,05
	e) 123—139	33	19,6	13	5	48	36:6	55	19,6
Prywatna żeńska C.	a) 88—106	29	14,5	10	5	35	27,1	38	14,5
	b) 101—118	29	16,9	10	5	36	30,1	40	16,9
	c) 107—127	29	23,2	10	5	35	32,7	41	23,2
	d) 117—139	29	19,2	10	5	36	35,8	43	19,2
Prywatna żeńska D.	a) 100—118	26	16	9	5	39	30,5	37	16
	b) 102—117	27	16,4	9	5	38	30,6	38	16,4
	c) 102—124	28	16,9	11	5	40	31,6	40	16,9
	d) 99—124	28	16,7	13	5	46	31,2	44	16,7
Prywatna żeńska E.	a) 92—118	29	15,7	15	5	39	29,4	36	15,7
	b) 107—127	35	17,5	15	5	38	32,7	37	17,5
	c) 113—140	29	18,9	15	5	40	35,4	38	18,9
Prywatna żeńska G.	a) 118—127	31	18,3	10	5	39	34,3	39	18,3
	b) 93—106	31	14,9	10	5	38	27,8	38	14,9
	c) 98—130	31	17,1	10	5	39	31,9	39	17,1

Nazwa szkoły	Wzrost ucznia w centymetrach	Rozmiary ławek w centymetrach							
		Dyfer. jest	Dyf. powinna być	Dystans jest +	Dyst. pow. być	Wysok. jest	Wysok. pow. być	Oparcie jest	Oparcie pow. być
		norm. 15% całego wzrostu		norm. pow. być ujemny i nie przewyższ. 5 cm.		norm. 28% wzrostu		norm. = dyferen.	
Prywatna żeńska H.	a) ławek	szko	lnych	niema, są	s	toł	y zw	ycza	jne
	b) 88—106	29	14,5	10	5	35	27,1	40	14,5
	c) 98—124	29	16 6	10	5	38	31,08	40	16,6
	d) 127—1[illegible]3	31	19.6	10	5	37	36,6	38	19,6
	e) 135—158	31	21,9	10	5	31	41	39	21,9
Prywatna żeńska I.	a) 93—106	29	14,9	11	5	34	27,8	37	14,9
	b) 99—124	30	16,7	12	5	35	31,2	36	16,7
Prywatna żeńska K.	a) 97—113	24	15,7	13	5	41	29,4	29	15,7
	b) 113—137	24	18,2	13	5	43	35	40	18,2

Rozpatrując dane liczbowe tablicy II a i b, musimy, niestety, przyznać, że za wyjątkiem dwóch prywatnych szkół, żadna z trzydziestu i trzech pozostałych nie posiada jednej ławki zastosowanej do średniego wzrostu ucznia, przyczem w dwóch pensjach żeńskich w oddziele najmłodszym ławek szkolnych wcale niema a są stoły zwyczajne, dzieci zaś siedzą z dwóch lub trzech stron tych stołów. Na domiar złego, w ustawieniu ławek, także nie stosowano się do wymagań hygjeny, a zależy to od warunków sal szkolnych. Światło pada z prawa, z tyłu, nawet z przodu, rzadko zaś z lewa. Przypatrując się poszczególnym danym tablicy a i b, widzimy, że pierwszą wadą ławek jest, iż siedzenia są za wysokie w porównaniu ze wzrostem ucznia; dalej, dyferencja nie jest zależną od wzrostu uczni; dystans wszędzie dodatni a nie ujemny. Za małym wyjątkiem, ławki wcale oparcia osobnego nie mają, zwykle ławka tylna zastępuje oparcie, lecz wskutek wadliwego urządzenia ławki i oparcie bywa zwykle za wielkie. Ponieważ ławki szkolne widziane przezemnie w wyżej już wzmiankowanych dwóch prywatnych szkołach zasługują na uznanie i ogólne rozpowszechnienie, gdyż odpowiadają wymaganiom hygjeny, chcę więc parę słów o nich powiedzieć; są to ławki dwuosobowe, politurowane na kolor jasny, z dystansem ujemnym, z podporą dla nóg, i z resztą rozmiarów odpowiadających ściśle wzrostowi ucznia. Uczniowie przy wstąpieniu do szkoły są mierzeni, następnie rozsadzani stosownie do ich wzrostu w ławce odpowiedniego numeru.

Co się tyczy tablic szkolnych, to w pokojach dużych znajdywałem dwie: jedną dla uczni siedzących w pierwszych ławkach, drugą dla uczni dalszych ławek, zwykle malowane matowo na czarno, przyczem litery i cyfry pisane na nich kredą bardzo wyraźnie się uwydatniały.

Ustępy, szatnie, spluwaczki i woda do picia. Brak odpowiednich ustępów jest ogólną wadą naszych szkół,, co się tembardziej daje we znaki, że szkoły mieszczą się przeważnie na 2-iem piętrze. Dzieci, aby się dostać do ustępu, odbywają dosyć dalekie wędrówki przez zimne, brudne schody i niechlujne podwórka. Tu muszę uwagę zwrócić, że ustępy wspólne dla domu całego są zwykle mocno zanieczyszczone na ścianach i podłogach; dzieci, zanieczyszczając sobie ubranie i obuwie, wnoszą tę nieczystość do szkół. Zaledwie dwie szkoły na 33, miały ustępy przy szkole.

Co się tyczy szatni, to większa część szkół prywatnych wcale ich nie posiada. Na 17 szkół rządowych—10 posiada szatnie jako osobne widne pokoje; na 16 szkół prywatnych szatnie urządzone są zaledwie przy pięciu szkołach, i to w korytarzach ciemnych. Tam, gdzie szatni niema, dzieci odzież wierzchnią wieszają w klasach—okoliczność bardzo ujemnie wpływająca na jakość powietrza, szczególnie przy braku dobrej wentylacji. Nieraz zdarzyło mi się oglądać szkoły podczas pory słotnej; brak szatni natenczas najwięcej dawał się we znaki, gdyż dzięki parowaniu odzieży, złe powietrze izb szkolnych dosięgało nieznośnego stopnia.

Nie znajdywałem także w szkołach naszych spluwaczek, za wyjątkiem dwóch pensji żeńskich; ale te spluwaczki były napełnione piaskiem. Dzieci zwykle spluwają na podłogę, lub też w chustki, jak mnie objaśniono na pensjach żeńskich.

O wodzie używanej w naszych szkołach do picia wiele powiedzieć się nie da. Zwykle używana jest woda studzienna, doprowadzana do szkoły za pomocą lokalnych rur wodociągowych. Wartość takiej wody pozostawia, jak wiemy, dużo do życzenia. Nieliczne szkoły prywatne zaopatrzyły się ostatnimi czasy w filtry.

Środki zaradcze. Jeżeli uprzytomnimy sobie dane wyżej przytoczone, to musimy przyjść do przekonania, że nasze szkoły, za nielicznymi wyjątkami, wcale nie odpowiadają wymaganiom hygjeny. Większa część braków wyżej ujawnionych zależy od tego, że szkoły Łodzi mieszczą się w lokalach wynajętych, przeznaczonych na mieszkania prywatne, a więc nie mogących odpowiadać wymaganiom lokali szkolnych. Dopóki więc szkoły siedzib swoich własnych mieć nie będą—do czego na razie bardzo daleko—dla poprawienia ich stanu zdrowotnego proponowałbym następujące środki zaradcze:

1) Lokal każdej szkoły nowopowstającej, bądź prywatnej, bądź rządowej, powinien być przez lekarza oceniony.

2) Przy wynajmowaniu lokalu na szkołę należy zwrócić uwagę na wejście i podwórko.

3) Przy każdej szkole musi być szatnia oraz sala rekreacyjna, pozwalająca na przewietrzanie izb szkolnych w każdej porze roku.

4) Przewietrzać podczas pauz należy przez okna i drzwi.

5) Ilość uczni mogąca się pomieścić w danej szkole powinna ściśle odpowiadać objętości ogólnej powietrza, licząc na jednego uczącego się 3,8 sześć. metr.

6) Szkoły muszą mieć własne ustępy przy szkole, jeżeli zaś szkoła mieści się na parterze, zobowiązać należy właściciela, aby część ustępu, oddzieloną, dla użytku wyłącznego szkoły oddał.

7) Raz do roku powinny być odnawiane wszystkie lokale szkolne.

8) Znajdujące się obecnie w szkołach ławki, jako wcale celowi swemu nie odpowiadające, muszą być koniecznie stopniowo usuwane i przez meble typu nowego zastąpione.

9) Spluwaczki, płynem napełnione, porozstawiać w szkołach należy, przy czem obowiązkiem nauczycieli jest przestrzeganie, aby dzieci na podłogę nie spluwały.

10) W szkołach zarówno rządowych, jak i prywatnych, niezbędny jest stały nadzór lekarski.



SPRAWOZDANIE

ze szpitala Świętej Anny w Miechowie

za rok 1898-my.

Podał Dr. **St. Pitass.**

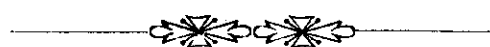
Szpital w Miechowie powstał w roku 1875 za staraniem ówczesnego, a do dziś dnia tutaj żyjącego, naczelnika powiatu p. Orła, z dobrowolnych ofiar—na 22 łóżka; w rzeczywistości pomieścić w nim można 60 osób. Szpital składa się z 4 murowanych gmachów, przy czem gmachy dla mężczyzn i kobiet są oddzielne. Męzki oddział zajmuje 3 wielkie, widne, wysokie sale, kobiecy zaś 8 sal. Wszędzie są urządzone wentylatory; ustępy ogrzewane, przy każdym oddziale. Wanny kaflowe. W roku zeszłym przy szpitalu otwarto przytułek dla umysłowo chorych na 14 osób (7 mężczyzn i tyleż kobiet). Personel szpitalny składa się z lekarza, felczera, gospodyni i 6 służby.

W roku 1898 było chorych w szpitalu 213 osób, w tej liczbie: mężczyzn 99, kobiet 89 i dzieci 25. Wypisano zdrowych 160, z polepszeniami—21, bez poprawy 12, zmarło 20; odsetka śmiertelności—9,38.

Chirurgicznych przypadków było 46, wewnętrznych 86, przymiotu—14, wenerycznych—24, ze skórnemi cierpieniami—34, umysłowo chorych—5, nerwowych—5.

Przeciętnie dziennie chorych było 13,86—a mianowicie: mężczyzn 5,8, kobiet—8. Przeciętna śmiertelność mężczyzn—8%, kobiet—16,8%; wewnętrznych chorób—5%, chirurgicznych 11,5%.

Chory przeciętnie przebywał w szpitalu 23 dni, a mianowicie: mężczyźni—18,9, kobiety—29,1; z chirurgicznemi cierpieniami—26,9, z wewnętrznemi—19,5 dni.



Szpital Ś-tego Walentego w Kutnie

oraz słów kilka w sprawie znaczenia, potrzeby i stanu obecnego szpitali na prowincji.

Podał Dr. **Antoni Troczewski** (lekarz tegoż szpitala).

(*Ciąg dalszy*).

Następna tablica III (patrz str. 451) stanowi wykaz wszystkich przypadków *urazowych* z podziałem na rozmaite ich rodzaje—podług przyczyn wywołujących uraz. Dane ztąd osiągnięte wysnuć pozwolą niektóre ciekawe wnioski.

Z tablicy III przekonywamy się, że przypadki traumatyczne stanowią 37,8% wszystkich przypadków chirurgicznych (operacyjnych). ze śmiertelnością 8,4%, podczas gdy ostatnie dają śmiertelność 4,4%, Z pośród wszystkich przypadków traumatycznych *najliczniejsze są przypadki, spowodowane przez maszyny rolnicze*, stanowią one 25,8% (!); *śmiertelność* w tych przypadkach dosięga 9,7%, *trwałe kalectwa* (przeważnie utrata kończyny dolnej lub górnej, palców u rąk i t. p.) otrzymujemy w 72,2% przypadków. Takie same uszkodzenia przy pracy w fabrykach i zakładach przemysłowych stanowią 35% z liczby ogólnej, ze śmiertelnością 10%, z wysokością kalectw 40%. Następne pod względem liczebności miejsce po maszynach rolniczych zajmują urazy przy bójkach i napadach *z nożami*—17,9%, (śmiertelność 6%, kalectwa 6%); dalej idą uszkodzenia przy upadku z wysokości—10,7% (śmiertelność 10%, kalectwa 10%); uszkodzenia podczas bójek za pomocą narzędzi tępych, kamienie etc.—8,9% (śmiertelność 0%, kalectwa 20%); uszkodzenia przy przejechaniu (przeważnie ładowne wozy) 7,8% (śmierteլość 13,6%, kalectwa 13,6%); postrzały—6,4% (śmiertelność 11,1%, kalectwa 33,3%); uszkodzenia od skaleczeń ostremi narzędziami, od przebicia gwoździem i t. p.—5,3% (śmiertelność 6,6%, kalectwa 13,3%); wypadki stratowania przez konie, stadniki, krowy—4,3 (śmiertelność i kalectwa 0%); wypadki w fabrykach—3,5% (śmiertelność 10%, kalectwa 40%); oparzenia 3,2% (śmiertelność i kalectwa 0%); wypadki na drogach żelaznych—2,5% (śmiertelność 14,2%, kalectwa 42,8%); wypadki przy budowie domów—1,7% (śmiertelność i kalectwa 0%); wreszcie miejsce (13-te) ostatnie zajmują uszkodzenia przy rozstrzelaniu kamieni—1,4% (śmiertelność 25%, kalectwa 50%). Z danych powyższych dochodzimy do wniosku, że najbardziej uderzające i nad wszelki wyraz smutne zjawisko stanowią *wypadki uszkodzeń podczas pracy przy* **maszynach rolniczych**. Nad faktem tym pragnę się dłużej zastanowić. Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że wszystkie tu odnoszące się przypadki są *bardzo ciężkie*, z nielicznymi jedynie wyjątkami—*należą do kategorji zupełnych zmiażdżeń* (*conquasatio*) jednej z kończyn dolnych, lub górnych (najczęściej prawej), często obu kończyn razem, a czasem całego ciała;—w znacznej większości

TABLICA III. Przypadki urazowe.

ROK	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			11			12			13		
	Uszkodzenia zmiażdżenia złamania i t. p. *przy maszynach rolniczych*			Uszkodzenia etc. przy pracy *w fabrykach i zakładach przemysłowych*			Skaleczenia i rany, zadane przeważnie *nożami w bójkach i napadach*			Skaleczenia, rany, stłuczenia etc. zadane *w bójkach narzędziem twardym, kamieniami*			Uszkodzenia, złamania i t. p. *przy upadku z wysokości* i podczas chodzenia, biegania			Skaleczenia przy pracy. Rany od przebicia gwoździami i t. p.			Uszkodzenia przy rozstrzelaniu kamieni			Postrzały			Uszkodzenia spowodowane przejechaniem			Wypadki przy budowie domów			Uszkodzenia spowodowane stratowaniem przez konie, krowy, stadniki i t. p.			Oparzenia			Wypadki na drogach żelaznych		
	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo	Liczba chorych	Umarło	Trwałe kalectwo
1891	4	1	2	2	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1892	7	—	7	1	1	—	9	1	1	1	—	—	2	1	—	1	—	—	1	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
1893	6	1	4	2	—	1	—	—	—	3	—	2	3	—	1	4	1	1	2	—	1	—	—	—	2	—	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—
1894	11	—	10	—	—	—	9	2	1	8	—	1	6	—	1	—	—	—	—	—	—	3	1	2	2	—	2	1	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	1
1895	9	1	6	2	—	1	4	1	—	3	—	—	2	—	—	2	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	2	—	—	1	—	—	—	1	—	3	1	1
1896	8	2	6	—	—	—	7	1	—	4	—	1	4	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	5	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—
1897	9	—	8	—	—	—	14	—	—	2	—	—	8	—	1	5	—	1	—	—	—	7	—	1	7	1	—	—	—	—	2	—	—	5	—	—	2	—	1
1898	18	2	10	3	—	2	5	—	—	4	—	1	5	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	4	—	—	3	—	—	—	—	—
W ciągu lat 8-miu	72	7	52	10	1	4	50	5	3	25		5	30	3	3	15	1	2	4	1	2	18	2	6	22	3	3	5	—	—	12	—	—	9	—	—	7	1	3
w %	25,8% śmiert. 9,7% kalect. 72,2%			3,5% 10% 40%			17,9% 10% 6%			8,9% 0/0 20%			10,7% 10/0 10%			5,3% 6.6% 13,3%			1,4% 25% 50%			6,4% 11,1% 33,3%			7,8% 13,6% 13,6%			1,7% 0% 0%			4,3% 0% 0%			3,2% 0% 0%			2,5% 14,20% 42,3%		

przypadków jedynym wyjściem i wskazaniem było amputowanie zmiażdżonej kończyny, co dla robotnika wiejskiego stanowi najcięższe kalectwo, gdyż pozbawia go możności zarobkowania; nawet w tych przypadkach, gdzie można było przedsięwziąć leczenie zachowawcze, a uprawiałem je ze szczególniejszem zamiłowaniem na oddziale moim— nawet w rozpaczliwych razach, rzadko udawało się osiągnąć restitutio ad integrum; pomimo zachowania kończyny, pozostawały zesztywnienia stawów, przykurczenia, zniepodobnienia i t. p. nieprawidłowości, zmniejszające zdolność do pracy fizycznej. Zupełne wyleczenie, z zachowaniem prawidłowej czynności uszkodzonych członków, udało się jedynie w 18% przypadków. Jak ciężkie są wszelkie tej kategorji urazy widzimy z tego, że dają one największy procent kalectw (72,2%) i bardzo duży procent śmiertelności (9,7%). Wszystkie te uszkodzenia zdarzają się wyłącznie prawie przy młockarniach konnych, podczas jesieni i zimy (młocka zboża), a w szczególności—najczęstszą przyczyną wypadków jest miejsce, gdzie obraca się drąg, łączący t. zw. kierat z młockarnią właściwą i koło przy maszynie, przez które przechodzi pas transmisyjny. Odpowiednie zabezpieczenie tych właśnie, jak i wszelkich innych, części maszyn rolniczych, mogących być przyczyną wypadków nieszczęśliwych, jest tak proste, łatwe i nie kosztowne, że wobec tego niewiadomo co sądzić należy o braku tego, zabezpieczenia spostrzeganym powszechnie, czy postępowanie takie ze strony właścicieli ziemskich można określić mianem lekkomyślności jedynie? Czyż tam, gdzie idzie o życie, lub wieczne kalectwo robotników, można i należy tak obojętnie sprawę tę traktować? Pomimo, że w ciągu mej 9 letniej praktyki na prowincji poznałem wielu właścicieli ziemskich—ludzi rozumnych, postępowych, prawych i w miarę możności dbających o los swych robotników, w żadnym jednak majątku ziemskim nie widziałem przy maszynach rolniczych odpowiednich zabezpieczeń, któreby uniemożliwiały nieszczęśliwe wypadki. A jednak ta sprawa wymaga reformy gwałtownej, zasługuje w całej pełni na pilne i sumienne zajęcie się nią, omówienie i przedsięwzięcie środków zaradczych ze strony wszystkich właścicieli ziemskich, inaczej śmierć i ciężkie kalectwa tysięcy ludzi może zbyt silnie zaciężą na sumieniu tych pracodawców. W jednym tylko szpitalu kutnowskim przypadków okaleczeń przy maszynach rolniczych było w ciągu lat 8-iu—72, czyli średnio po 9 rocznie; do szpitala tego dostarczani są chorzy jedynie z powiatu kutnowskiego i najbliższych okolic powiatów sąsiednich, z drugiej strony dostają się tu jedynie przypadki najcięższe, cała zaś masa chorych z uszkodzeniami lżejszemi[1]) (z których jednak wiele—w następstwie—wskutek powikłań lub niewłaściwego traktowania kończy się kalectwem) leczy się prywatnie u siebie w domu, tych zaś wszystkich statystyka moja objąć w pracy niniejszej nie może. Gdybyśmy jednak, przyjąwszy jedynie pod uwagę

---

[1]) Wielu chorych i z uszkodzeniami ciężkiemi, szczególniej w pierwszych latach sprawozdawczych, nie chciało zapisać się do szpitala, gdy nie mieli jeszcze do leczenia w nim zaufania, które dopiero z każdym rokiem się wyrabia.

przypadki najcięższe i stosunek wzięty ze szpitala kutnowskiego, zadali sobie pracę obliczenia liczby okaleczeń przy maszynach rolniczych we wszystkich innych powiatach gub. Warszawskiej, a dalej we wszystkich 10 guberniach kraju, to cyfra ztąd otrzymana przekonałaby nas może, że wymaga ona właściwego załatwienia w jaknajkrótszym czasie, że szerokie i gruntowne omówienie tej sprawy winno zająć jedno z pierwszych miejsc w porządku dziennym obrad na wszelkich zebraniach rolniczych, w sekcji rolnej Towarzystwa popierania Ros. przemysłu i handlu i t. p. Sądzę, że tylko brak zastanowienia i nieświadomość ważności tej sprawy były przyczyną, że dotychczas nic w tym względzie nie przedsięwzięto; mam nadzieję, że głos mój nie pozostanie bez wpływu pewnego na przyśpieszenie reform w sprawie ubezpieczenia robotników rolnych od nieszczęśliwych wypadków przy maszynach. Ile razy zdarzyło mi się mówić o kwestji powyższej z przedstawicielami tutejszego ziemiaństwa, przedewszystkiem zwracano moją uwagę i wystawiano jako najważniejszą przyczynę złego—wielką „*nieostrożność*“ robotników, pracujących przy maszynach rolniczych; utarło się nawet określenie—„ten i ten *z własnej winy* uległ nieszczęśliwemu wypadkowi.“ Jest to usprawiedliwienie nie mające najmniejszego znaczenia i zupełnie nie przekonywające. Nie wątpię wcale, że robotnicy i robotnice, obsługujący maszyny rolnicze, są nieostrożni, że przy ciągłej i pilnej uwadze mogliby się w wielu razach ustrzedz od skaleczeń, ale właśnie tej uwagi, tej ciągłej myśli o mogącem grozić niebezpieczeństwie niepodobna od nich wymagać. Jest to powszechnie znany fakt, że każdy człowiek oswaja się z największem nawet niebezpieczeństwem, jeśli jest częs o na nie narażony, każdy robotnik oswaja się z maszyną, przy której ciągle pracuje, wykonywa swą robote machinalnie i mniej zastanawia się nad niebezpieczeństwem, jakie mu ztąd grozić może, aniżeli człowiek mniej obyty z daną maszyną. Nic tu nie pomogą nauki moralne o potrzebie zachowywania ostrożności, bo ona zachowywaną nigdy nie będzie. *Zabezpieczanie robotników od nieszczęśliwych wypadków przy maszynach nie powinno polegać na nauczaniu ich ostrożności, ale jedynie na uniemożliwieniu tych wypadków; należy stworzyć takie warunki, wprowadzić takie ochronne urządzenia, przy których, pomimo nieostrożności, wypadek okaleczenia stałby się zupełnie niemożliwym.* Zaprowadzenie takich urządzeń specjalnie przy maszynach rolniczych jest zawsze możliwe, proste, łatwe i bardzo niekosztowne.

Jako dowód, jak wielkie znaczenie ma odpowiednia ochrona maszyn, mogą posłużyć wprowadzone obowiązkowo w czasach ostatnich urządzenia ochronne przy maszynach w fabrykach i zakładach przemysłowych. Od czasu wprowadzenia tej reformy ilość nieszczęśliwych wypadków w fabrykach zmniejszyła się znakomicie w stosunku do czasów przed reformą. W szpitalu kutnowskim przypadków okaleczeń przy maszynach fabrycznych—leczonych było 3,5% z ogólnej liczby przypadków urazowych. A przecież okolica nasza obfituje w liczne cukrownie, młyny parowe, gorzelnie, browary i t. p. i z pewnością ilość robotników, pracujących w tych fabrykach nie mniejszą jest, niż liczba robotników, obsługujących maszyny rolnicze w obrębie tej-że

okolicy. Wracając jeszcze do kwestji „własnej winy“ i „nieostrożności“ robotników rolnych, zwracam uwagę, że wzgląd ten w każdym razie odnosić się może jedynie do robotników dorosłych—pełnoletnich, w żadnym razie do dzieci. Ze smutkiem jednak wyznać trzeba, że do pracy przy maszynach rolniczych używane są dość często i dzieci, lub młodzież od 15—19 lat. Z 72 przypadków okaleczeń przy maszynach rolniczych w szpitalu kutnowskim, 13 dotyczyło dzieci od 3 do 14 lat i 17 młodzieży od 15—19 lat życia, a mianowicie:

a) po	1	przypadku u dzieci	3	letnich	(podczas zabawy przy maszynie)
„	1	„ „	7	„	(„ „ „ „)
„	1	„ „	8	„	(przy pracy „ „)
„	1	„ „	9	„	„ „ „ „)
„	1	„ „	10	„	(przy zabawie „ „)
„	3	„ „	11	„	(„ pracy „ „)
„	1	„ „	12	„	(„ „ „ „)
„	2	„ „	13	„	(„ „ „ „)
„	2	„ „	14	„	(„ „ „ „)

13 przypadków u dzieci od 3—14 lat (3 podczas zabawy 10—przy pracy)

b) po	7	przypadków u młodzieży	15	letniej	(przy pracy)
„	4	„ „	16	„	(„ „)
„	1	„ „	17	„	(„ „)
„	2	„ „	18	„	(„ „)
„	3	„ „	19	„	(„ „)

Razem 17 przypadków okaleczeń u młodzieży od 15—19 lat (przy pracy).

Z powyższego widzimy, że przypadki okaleczeń przy maszynach rolniczych u dzieci stanowią 18%, u młodzieży zaś 23,6% ogólnej liczby; cyfry te mówią same za siebie.

Drugie miejsce pod względem liczebności stanowią przypadki okaleczeń przy bójkach *na noże*; przypadków tych leczonych było w szpitalu kutnowskim przez przeciąg lat ośmiu—50 (17,9%); zważywszy, że cyfra ta obejmuje znowu tylko przypadki najcięższe, że chorzy tej kategorji są prawie wyłącznie mieszkańcami jednego miasta Kutna, że wiele z tych przypadków kończy się śmiercią (10%), należałoby i w tym względzie przedsięwziąć najbardziej energiczne środki w celu ukrócenia tego nowomodnego, a tak bardzo dzisiaj rozpowszechnionego dzisiaj sposobu załatwiania sporów. Na razie jedynie sprawniejsza działalność policji i surowsze, niż to się obecnie praktykuje, wymierzanie kar w sądach—mogłoby, zdaje mi się, ukrócić nieco nożownictwo. Sądy obecne, o ile zauważyć mogłem, w sprawach o pobicia, zranienia, usiłowanie zabójstwa i t. p. wydają wyrok na zasadzie ostatecznego wyniku choroby strony poszkodowanej, co niezawsze wydaje mi się słusznem. Znam sam takie przypadki, gdzie poszkodowany otrzymał np. kilka pchnięć nożem w brzuch, przy czem nastąpiło wypadnięcie i zranienie kiszek; choremu zrobiono laparatomię, rany kiszek pozaszywano i dzięki jedynie natychmiastowej pomocy chirurgicznej i szczęśliwie dokonanej operacji—chory po upływie 2 tygodni był *zupełnie* zdrów; na zasadzie ostatecznego wyniku sąd uznał uszkodzenia za lekkie i odpowiednią karę wymierzył oskarżonemu. Pytanie jednak co by było, gdyby chory nie znalazł

na miejscu i natychmiast pomocy chirurga, wszak czekałaby go śmierć niewątpliwa? Przypadków analogicznych jest wiele. Dzięki dzisiejszym wielkim postępom chirurgji najcięższe uszkodzenia, bezwzględnie za dawnych czasów śmiertelne, kończą się obecnie pomyślnie, ale wszak nie jest to zasługą opryszków, wojujących nożami i niesłusznie chyba oni korzystają z dobrodziejstw chirurgji nowoczesnej. Rzucam tych kilka luźnych uwag, sąd bowiem w tej sprawie przechodzi moją kompetencję.

Załatwiwszy się z częścią ogólną sprawozdania, przystępuję obecnie do sprawozdania szczegółowego z oddziału chirurgicznego oddzielnie za lat 7 od r. 1891—1897 i oddzielnie za rok 1898 (Patrz tablica IV). Sprawozdanie to obejmuje 738 przypadków chirurgicznych, które podzielone są na 315 rodzajów chorób i ujęte w IX oddziałów, podług okolic ciała, uległych sprawie chorobowej.

Dział	I	Czaszka i twarz	obejmuje	spraw	chorobowych	53
„	II	Szyja	„	„	„	11
„	III	Klatka piersiowa i grzbiet	„	„	„	29
„	IV	Brzuch	„	„	„	44
„	V	Narząd moczo-płciowy	„	„	„	30
„	VI	Miednica	„	„	„	8
„	VII	Kończyna górna	„	„	„	48
„	VIII	Kończyna dolna	„	„	„	82
„	IX	Varia	„	„	„	10

W tem sprawozdaniu wyszczególniona jest ogólna nazwa choroby (rozpoznanie) i sposób leczenia lub nazwa operacji; w dziale „uwagi“ przy niektórych przypadkach wyjaśniona przyczyna śmierci. Tutaj zaznaczyć muszę, że w przypadkach zakończonych śmiercią, tylko w wyjątkowych jedynie razach robioną była sekcja pośmiertna. W szpitalu kutnowskim, a przypuszczam, że i wogóle we wszystkich innych szpitalach prowincjonalnych, sekcje pośmiertne dokonywane są bardzo rzadko, głównie w przypadkach sądowych, gdzie dochodzenie pośmiertne wymagane jest przez władze sądowe. Zważywszy jak wielką korzyść naukową odnosi lekarz z badania pośmiertnego, która w wielu razach jedynie wyjaśnić może istotę choroby, należy uważać trudność wykonywania sekcji pośmiertnych za bardzo ujemną stronę szpitalnictwa prowincjonalnego. Trudność ta polega z jednej strony na braku zazwyczaj odpowiednio urządzonej trupiarni, jak to ma miejsce i w szpitalu kutnowskim (trupiarnia mieści się tu w zwykłej komórce z oknem, w zimie nieogrzewanej wcale); przeszkoda ta jest małoznaczną i łatwą do usunięcia. Najważniejszą okolicznością, która utrudnia, a nawet uniemożliwia wykonywanie sekcyj pośmiertnych w szpitalach prowincjonalnych, jest prawdziwy wstręt i straszna obawa, jaką przejęci są mieszkańcy wsi i miasteczek na myśl, że w szpitalu mogą być po śmierci krajani. Zarówno w pojęciu żydów jak i nieinteligentnych sfer chrześćjańskich, krajanie po śmierci uważane jest za pewien rodzaj profanacji zwłok i z tym przesądem lekarz musi się bardzo liczyć, jeśli nie chce chorych odstręczać od szpitala. Bardzo często na propozycję moją umieszczenia jakiego ciężko chorego w szpitalu zdarza mi się usłyszeć odmowną odpowiedź ze strony rodziny tegoż, która jako jedyny motyw swej niechęci, podaje obawę przed

krajaniem po śmierci. Sądzę, że i ta trudność, w miarę wzrastania zaufania ogólnego do szpitali, z czasem ustąpi, tymczasem nie radziłbym żadnemu z lekarzy szpitalnych na prowincji lekceważyć sobie panujących pod tym względem przesądów—ze strony ludności miejscowej.

Z wyszczególnionych w załączonej poniżej Tab. IV przypadków wybrałem ważniejsze i ciekawe i podaje ich opis w krótkich streszczeniach przy końcu pracy niniejszej, sądzę bowiem, że takie szczegółowe sprawozdanie rzuci także pewne światło na rodzaj i zakres pracy chirurga na prowincji.

TABLICA IV.

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.)					rok 1898				
			Wyszło					Wyszło				
			Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
	Czaszka i twarz.											
1	Conquas maxil. infer.	Delig. gypsea Sutura.	1	—	—	—		1	—	—	—	
2	Fractur. conquas max. sup. (3)	Lecz. zachowawcze	1	—	—	—		—	—	—	—	
3	Fractur. conquas. maxil. sup., os. nas et frontis. Vulnera contus. faciei et antibrachii	Delig. aseptica	—	—	—	1	Collapsus.	—	—	—	—	
4	Conquas. os. nasi, proc. nasal., os frontis et maxil. super. Vuln. contusa faciei	Operatio plastica	1	—	—	—		—	—	—	—	
5	Fractur. aperta ossium nasi et vulnera cont. faciei	Sutura Delig. aseptica	4	—	—	—		—	—	—	—	
6	Vuln. cont. capitis c. fractura conquas. oss. frontis. Compresio cerebri (21).	Trepanatio os frontis. Wyjście licznych odłamków z substan. mózgowej.	1	—	—	—		—	—	—	—	
7	Vulnus cont. cranii c. fractura os parietal. sin.	a) Deligatio aseptica b) Sutura	2 1	— —	— —	— —		— —	— —	— —	— —	
8	Vuln. contus. in reg. parietal. sin. et fractura conquas. os. pariet. Absc. cerebri. (23)	Trepan. os. pariet. sin. Incisio absc. cerebri	—	—	—	1	Pachymeningit. purul.	—	—	—	—	
9	Vuln. cont. capitis. Fractura os pariet. sin. et basis cranii. Haemorrhagia cerebri	Delig aseptica.	—	—	—	1		—	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
10	Fractura conqu. os pariet. sin. Compressio cerebri.	Trepan. os. parietal.	1	—	—	—		—	—	—	—	
11	Fractura septi nasi male sanata.	Oper. plastica.	1	—	—	—		—	—	—	—	
12	Vuln. sclopetar. faciei, nasi et oculi dex.	Delig. aseptica. Enucl. bulbi oculi	1	—	—	—		—	—	—	—	
13	Vuln. sclopet. maxil. infer.	Delig. aseptic.	1	—	—	—		—	—	—	—	
14	Vuln. sclopet. faciei. Meningitis acuta.	Delig. aseptica	—	—	—	1		—	—	—	—	
15	Vulnera caesa capitis et faciei.	Delig. asept. Sutura	6	—	—	—		—	—	—	—	
16	Vulnera contusa capitis.	a) Deligatia aseptica	16	—	—	—		3	—	—	—	
		b) Sutura	9	—	—	—			—	—	—	
17	Vuln. cont. palpebr. super. et haemorrhagia ad bulbum oculi	Delig. aseptica	2	—	—	—	W jednym przyd. atrophia bulbi oculi.	—	—	—	—	
18	Vuln. cont. capitis et erisip. totius corporis.	Delig. aseptica Sol. amm. sulfo-icht.	1	—	—	—		—	—	—	—	
19	Fractura conquas orbitae c. contusione oculi.	Resectio part. orbitae Sutura	1	—	—	—		—	—	—	—	
20	Vuln. cont. occipitis. Commotio cerebri. Fractura cranii (?) Haemorhagia ex auro et nase.	Delig. aseptica	1	—	—	—		—	—	—	—	
21	Vuln. sclopet. frontis.	Delig. aseptica	1	—	—	—		—	—	—	—	
22	Vuln. cont. capitis, phlegmone diffus. cranii subperiostale. Septicaemia.	Incisiones	—	—	—	1		—	—	—	—	
23	Conquas. oculi d. et palpebrae.	Enucleat. bulbi oculi d.	—	—	—	—		1	—	—	—	
24	Epithelioma labii infer.	Excisio et plastica	6	—	—	—		2	—	—	—	
25	Fibro-adenoma petryfic. in reg. parotidea d. (6)	Exstirpatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
26	Cysta dermoidalis max. sup.	Exstirpatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
27	Carcinoma in reg. masseter. regenerans.	Excisio	—	—	1	—	Chora była kilka razy operowana w Warszawie. Regeneratio.	—	—	—	—	
28	Lupus nasi et labii sup.	Excochl. Paquelinisat.	3	—	—	—		1	·	—	—	
29	Noma (post. typh. abdom.)	Paquelinisatio	—	—	1	—		—	—	—	—	
30	Labium leporinum		2	—	—	—		—	—	—	—	
	Cheilo-gnato-palato-schisis.	Operatio plastica	1	—	—	—		—	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
31	Sarcoma maxil. infer. inoperabile	Excochl. Paquelinisatio	—	—	3	—		—	—	—	—	
32	Ateroma faciei	Exstirpatio	2	—	—	—		—	—	—	—	
33	Granuloma faciei	Excochleatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
34	Polypus nasi	Excisio	1	—	—	—		—	—	—	—	
35	Carcin. in reg. zygomat.	Excisio	1	—	—	—		—	—	—	—	
36	Osteo-sarcoma proc. alveol. maxil. infer.	Excisio carcin. cum. resect. part. max. inf.	1	—	—	—		—	—	—	—	
37	Carcinoma linguae inoperab. Lymphadenitis carcinomatosa colli	Paquelinisatio	—	—	—	—		—	1	—	—	
38	Angioma in reg. frontali	Excisio	—	—	—	—		1	—	—	—	
39	Carcinoma tonsillae d.	Excisio. Excochl.	—	—	—	—		1	—	—	—	
40	Carcinoma planum in reg. supraorbitali	Excisio carcinomatis	—	—	—	—		1	—	—	—	
41	Angio-carcinoma faciei et lymphadenitis colli carcinomatosa	Exstirpatio gl. lymphat. colli.	—	—	—	—		1	—	—	—	
42	Carcinoma auriculae ext.	Excisio auriculae total.	—	—	—	—		1	—	—	—	
43	Periostitis purul. max. infer.	a) Incisiones. Excochl.	6	—	—	—		3	—	—	—	
		b) Necrotomia	1	—	—	—			—	—	—	
44	Phlegmone sublingu. prof.	Incisio	4	—	—	—		—	—	—	—	
45	Otitis int. Caries. os. tempor. Abscess. cerebri. Phlegmone colli	Trepanatio os. tempor. Incisio absc. cerebri	1	—	—	—		—	—	—	—	
46	Fistula dentalis	Evuls dent. Excochl.	1	—	—	—		—	—	—	—	
47	Synechia palpebr. super cum. palpebr. infer. oculi dextri.	Oper. plastica	1	—	—	—		—	—	—	—	
48	Contractura maxil. infer.e cicatricibus post nomam	Operatio plastica	1	—	—	—		—	—	—	—	
49	Ambustura cranii, faciei et colli	Delig. aseptica	1	—	—	—		—	—	—	—	
50	Otitis inter. Absc. cerebri	Leczenie ucha	—	—	—	—		—	—	—	1	Absc. cerebelli
51	Necrosis proc. alveol. maxil. infer et fistulae dentales	Resectio proc. alveolar. Incisiones. Evulsio dent.	—	—	—	—		2	—	—	—	
52	Lues. Gummata cranii Ulcera et necrosis oss. cranii	Necrot. Delig. asept. Leczenie swoiste.	—	—	—	—		1	—	—	—	
53	Phlegm. in reg. parotidea	Incisio. Excochleatio	—	—	—	—		1	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
	II. Szyja.											
54	Phlegm. prof. colli	Incisio	2	—	—	—		2	—	—	—	
55	Perichondritis purul.	a) Tracheotomia	1	—	—	—		—	—	—	—	
	cart. thyreoideae	b) Incisio Exeochleat.	1	—	—	—	(Stenosis leryngis)	—	—	—	—	
56	Lymphomata scrophulosa colli	Exstirpatio	17	—	—	—		6	—	—	—	
57	Fistulae colli tbc.	Incisiones Excochleatio	—	—	—	—		2	—	—	—	
58	Lympho-sarcoma colli	Exstirpatio	3	—	—	—		—	—	—	—	
59	Myxo-adenoma colli	Exstirpatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
60	Cysto-adenoma colli	Exstirpatio	2	—	—	—		—	—	—	—	
61	Lipoma colli	Exstirpatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
62	Lymphomata scrophulosa colli, fossae axillar. et reg. supraclavicul—multiplicia et magna	Exstirpatio	—	—	—	—		—	—	—	1	Erypelas acutissim.
63	Fractura conquas. vertebrae cervical III. Anaestesia univers. Paraplegia	Deligatio	—	—	—	1	2-go dnia śmierć.	—	—	—	—	
64	Antrax nuchae	Incisio, excochleatio	1	—	—	—		1	—	—	—	
	III. Klatka piersiowa i grzbiet.											
65	Pleuritis purul.	Thoracot. c. resect. cost.	12	—	—	1	Cachexia. Przybył w 4 m. choroby.	3	—	—	—	
66	Emphysema thorac. Fistulae thoracis et caries costarum	Thoracot. c. resect. cost. Incisiones. excochleatio	2	—	—	—		—	—	—	—	
67	Vuln. incis. thoracis. Pleuritis purul. traumatica	Thoracot. c. resect. cost.	1	—	—	—		—	—	—	—	
68	Vuln. incis thoracis. Pleuritis exsud. haemorrhagica	Thoracocentesis Leczenie wewnętrzne	2	—	—	—		—	—	—	—	
69	Pleuritis purul tbc. Tbc pulm. et intestinorum	Thoracot. c. resect. costar.	—	—	—	1	Periton. tbc.	—	—	—	—	
70	Pyothorax. Echinococc. Cachexia ultima (24)	Thoracotomia	—	—	—	1		—	—	—	—	
71	Vuln. punct. thoracis c. perforatione pleurae et pulmonis. Pleurit. haemor.	Delig. aseptica	—	—	—	1	Collapsus.	—	—	—	—	
72	Contusiones thoracis et abdominis. Haemorrhag. pulm.; haematuria; epistaxis.	Leczenie wewnętrzne	1	—	—	—		—	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
73	Vulnera incisa thoracis	Incisiones						—	—	—	—	
	Emphys. subcutan.	Delig. asept.	3	—	—	—		—	—	—	—	
74	Vuln. incis. thoracis.											
	Pleuro-pneumonia	Delig. aseptica										
	traumat.	Leczenie wewnętrzne	—	—	—	—		2	—	—	—	
75	Vuln. sclopet. thoracis	Delig. aseptica	1	—	—	—		—	—	—	—	
76	Conquas. claviculae et											
	costar I et II dex.											
	Vulnus et haemor-	Delig. aseptica					7-go dnia					
	rhagia pulmon.	Leczenie wewnętrzne	—	—	—	1	zmarł nagle.	—	—	—	—	
77	Fractura conquas. co-											
	star. V—XI sin. (28)	Delig. gyps.	—	—	—	1	10-go dnia	—	—	—	—	
78	Fractura costar. simpl.	Bandaż. kl. piersiow.	5	—	—	—	zmarł nagle.	3	—	—	—	
79	Fractura col. vertebr.											
	in parte lumbal. Pa-											
	raplegia	Delig. gypsea	—	1	—	—		—	—	—	—	
		a) Amputatio mam. Ex-										
80	Carcinoma mammae	stirp. gl. gl. axillar.	4	—	—	—		1	—	—	—	
		b) Amputatio mammae	2	—	—	—		—	—	—	—	
81	Mastitis purul.	Incisiones	8	—	—	—		2	—	—	—	
82	Melano-sarcoma (?)											
	dorsi	Excisio	1	—	—	—		—	—	—	—	
83	Angiomata dorsi	Excisiones	—	—	—	—		1	—	—	—	
84	Phlegm. prof. in reg.											
	infraclavicul.	Incisio	2	—	—	—		—	—	—	—	
85	Antrax diff. dorsi	Incisiones	5	—	—	—		—	—	—	—	Cachexia
86	Caries tbc. vertebr.	a) Incisiones Excochl.	3	—	1	2	Cachex. tbc.	1	—	—	—	tbc
	Abscessus frigidus	b) Resectio costar.	—	—	—	—		2	—	—	1	
	thoracis	c) Inject. emuls. jodof.	—	—	—	—		1	—	—	—	
87	Caries et fistulae sterni											
	et claviculae	Incissio Excochleatio	2	—	—	—		—	—	—	—	
88	Caries t b. costar. Ab-	a) Incisio Excochleatio	1	—	—	—		1	—	—	—	
	sces frigidus.	b) Resectio costarum	—	—	—	—		1	—	—	—	
89	Vuln. incis. in reg. en-						Anaemia acu-					
	fraclavicular. dex.						tissim. Roz-					
	cum ruptura a. et v.	Tamponatio					darcie pni					
	subclaviae	Delig. aseptica	—	—	—	1	wielkich na-	—	—	—	—	
90	Luxatio claviculae	Repositio	1	—	—	—	czyń.	—	—	—	—	
91	Tumor later. dextri	Excisio	—	—	—	—		1	—	—	—	
92	Ambustura dorsi et ex-											
	tremitatum super I—											
	III gr.	Delig. asept.	1	—	—	—		—	—	—	—	
93	Abscessus subphrenicus.											
	Pyo-septicaemia (37)											
93a	Phlegmone prof. et	Incisio	—	—	—	—		—	—	—	1	
	diffus $^3/_4$ thoracis et	Incisiones multiplices	—	—	—	—		—	—	—	—	
	foss asillar. sin. (36)	Excochleatio	—	—	—	—		1	—	—	—	
	IV. Brzuch.						Gangr. intes-					
94	Hernia inguino-scrota-	a) Repositio	1	—	—	—	tini. Perito-	—	—	—	—	
	lis incarcerata	b) Herniotomia	2	—	—	—	nit. gener.	—	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
95	Hernia inguino-scrotal. incarcerata (8)	Oper. radic. m. Basini	4	—	—	—		—	—	—	—	
96	Hernia inguin. libera (8)	Oper. radic. m. Basini	4	—	—	—		1	-	—	—	
97	Hernia crur. incarc.	Herniotomia	5	—	—	—		2	—	—	—	1 przypadek cum resectione intestini.
98	Hernia umbilical. incarc.	Herniotomia	1	—	—	—		—	—	—	—	
99	Hernia umbilic. incarc. et tumor umbilic. (31)	Hernio-laparotomia	1	—	—	—		—	—	—	—	
100	Hernia scrotalis (Eventeratio) incarc. Gangraena intest. incipiens	Hernio-laparotomia	—	—	—	1	Collapsus et mors w 4 g. po operacji.	—	—	—	—	
101	Hernia inguin. incarc. Phlegmone loco herniae. Gangraena intestinorum	Anus praetern natural.	—	—	—	1	Periton. gen. pur. Mors 6-go dnia.	—	—	—	—	
102	Hernia inguin. incarc. Gangraena intestin.	Herniotomia c. resectione intestin.	—	—	—	—		—	—	—	1	Collapsus et Mors w 12 g. po operacji.
103	Appendicitis. Periton. perforat. general. Collapsus (39)	Laparotomia et resectio proc. vermicul.	—	—	—	1	Operacja jako ultim. remedium, chory był w stanie ostatecznej zapaści.	1	—	—	—	
104	Appendicitis c. peritonit. porforat. circumscripta (30)	Incisio	2	—	—	—		—	—	—	—	
105	Peritonitis purul. gener.; fistula stercor. umbilici. Cachex. (32)	Laparotomia. Resectio intestini	—	—	—	1	Cachexia.	—	—	—	—	
106	Anus praeternaluralis in reg. inguinal.	Oper. an. praetern.	2	—	—	—		—	—	—	—	
107	Ruptura perinei et recti (p. traumam) c. prolapsu intestinorum. Peritonitis (5)	Repositio intestin. Op. plastica perinei	—	—	—	1	Periton. gener. purul.	—	—	—	—	
108	Vulnera caesa abdominis et intestinor. Peritonitis gener. Contusiones capitis	Delig. aseptica	—	—	—	1	Periton. gener. septica.	—	—	—	—	
109	Vuln. sclopet. abdominis, femoris et conquas. manus. Peritonitis gener. (14)	Amput. antibrachii Delig. aseptica	—	—	—	1	Przy sekcji: liczne rany szarpane kiszek.	—	—	—	—	
110	Vuln. incis. abdominis c. prolapsu intestinorum. Vulnera inc. lateri sin. et cubiti sin. Collapsus (17)	Repositio intestin. Delig. aseptica	—	—	—	1	Mors e. collapsu.	—	—	—	—	
111	Vuln. perfor. abdominis c. prolapsu intestinorum	Repositio intestinor. Sutura	1	—	—	—		1	—	—	—	Incisio, repositio et sutura.

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło: Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło: Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
112	Vuln. incis. abdominis	Delig. aseptica	—	—	—	—		1	—	—	—	
113	Vuln contus. ani et recti	Delig. asept. Sutura	—	—	—	—		1	—	—	—	
114	Post appendicitidem—peritonitis gen. pur. Fistula abdom. Cachexia (35)	Laparotomia	—	—	—	—		—	—	—	1	Cachexia
115	Ileus (27. 29)	Laparotomia	2	—	—	3		—	—	—	—	
116	Peritonit tbc. Ileus	Laparotomia probat.	—	—	—	1		—	—	—	—	
117	Fibroma pariet. abdom.	Exstirpatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
118	Tumor abdominis	Laparot. probatoria	—	—	1	—	Carcin. inoperabile mesent et intestin.	—	—	—	—	
119	Neoplasma permagn. mesenterii malign.	Laparotomia Excisio neopl.	—	—	—	1		—	—	—	—	
120	Fibrosarcoma pariet. abdominis inoperobile.	Laparot. probatoria	—	—	1	—	E inanitione w 4 tyg. po operacji.	—	—	—	—	
121	Hydrops. cyst. felleae. Icterus gravis. (11)	Cholecystotomia	—	—	—	1	Carcin duodeni inoperabile.	—	—	—	—	
122	Abscessus subphrenicus (Echinococcus hepatis (19).	Incisio	—	—	—	1		—	—	—	—	
123	Echinococcus hepatis (20)	Laparotomia	—	—	—	1	4-go dnia nagle umarła.	—	—	—	—	
124	Graviditas abdomin. Maceratio foeti. Fistula sterc. umbilici (25)	Laparotomia	1	—	—	—		—	—	—	—	
125	Graviditas. Suppositio tumoris uteri. Methrorrhagiae (34)	Laparot. probatoria						1	—	—	—	
126	Fistula ani	Operatio fist. ani	6	—	—	—		1	—	—	—	
127	Pelveo-peritonitis pur. Abscessus in reg. inguinal. sin. ad cav. peritonei	Incisio	—	—	—	1	Śmierć po pół roku. Inanitio.Deg. amyloid.	—	—	—	—	
128	Contusio in reg. lumbali. Haematuria	Leczenie wewnętrzne	1	—	—	—		—	—	—	—	
129	Abscessus perinephrit.	Incisio	1	—	—	—		1	—	—	—	
130	Abscessus infraperitonealis (in reg. ileocoecali)	Incisio	—	—	—	—		1	—	—	—	
131	Absces. frigid. abdominis (Extraperitonealis)	Incisio	—	—	1	—		—	—	—	—	
132	Absces. frigidus lumbalis	Incisio. Excochleatio	—	1	—	—		3	—	—	—	
133	Psoitis purul. Absces. metast. femoris	Incisio	—	1	—	—		—	—	—	—	
134	Peritonitis tbc.	Laparot. probat.	—	—	1	—	Cachexia tbc.	—	—	—	—	Cachexia tbc.

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło					rok 1898 Wyszło				
			Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
135	Vuln. contus in reg. lumbal.	Delig. aseptica	1	—	—	—		—	—	—	—	
136	Varices haemorrhoidal.	Excisio	2	—	—	—		1	—	—	—	
137	Condylomata acuminata ani	Excisio	1	—	—	—		—	—	—	—	
	V. Narząd moczopłciowy.											
138	Cysto-sarcoma ovarii d. (33)	Ovariectomia (Lapar)	1	—	—	—		—	—	—	—	
139	Tumor ovarii d. (26)	Ovariect. per Lapar.	1	—	—	—		—	—	—	—	
140	Graviditas uterina v. extra uterina? Nieustające wymioty ciężarnej i kolka brzuszna. Wyniszczenie organizmu.	Ex consilio-Laparat. probatoria: Gravid. uterina. Sectio caesarea.	1	—	—	—	Dziecko żyło kilka dni.	—	—	—	—	
141	Fibro-sarcoma uteri inoperabile (22).	Próba lecz. wstrzykiw. erysipel-serum.	—	—	1	—		—	—	—	—	
142	Carcinoma labii pudendi majoris.	Excisio	1	—	—	—		—	—	—	—	
143	Fistula vesico-vagin.	Operatio fistulae.	3	2	—	—		—	1	—	—	Fist.utero vesicalis.
144	Parametritis puerperal. purul.	Incisio.	2	—	—	—		1	—	—	—	
145	Peri et parametritis puerp.	Deligationes.	3	—	—	—		2	—	—	—	
146	Parametr. pur. gonorrhoic.	Incisio.	—	—	—	—		1	—	—	—	
147	Pelveo-peritonitis puerperal. purul. Pyosepticaemia	Incisiones.	—	—	—	—		—	—	—	1	
148	Polypus colli uteri. Endometritis gran. Methrorhagiae	Excisio polyp. Excochleatio.	1	—	—	—		—	—	—	—	
149	Vuln. contus labii pud. majoris. Haematoma labii pud.	Incisio.	1	—	—	—		—	—	—	—	
150	Tumores condylom. acum. labiorum pudend.	Excisio.	1	—	—	—		—	—	—	—	
151	Metrorrhagia puerp.	Excochl. uteri	1	—	—	—		—	—	—	—	
152	Endometritis granul.	a) Deligationes uteri b) Excochleatio uteri	1 5	— 1	— —	— —		3 2	— —	— —	— —	
153	Abscessus vaginae	Incisio.	1	—	—	—		—	—	—	—	
154	Ruptura perinei p. partum. Prolapsus vaginae	Oper. plastica.	—	—	—	—		1	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło: Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło: Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
155	Ruptura perinei et ani sub partu. Incont. alvi	Oper. plastica	—	—	—	—		1	—	—	—	
156	Carcinoma penis	Amputatio penis	1	—	—	—		1	—	—	—	
157	Hydrocele	a) Punct. et inject. Hyd.	—	—	1	—		—	—	—	—	
		b) Operatio radic. [subl.	3	—	—	—		2	—	—	—	
158	Tubercul. testicul.	Castratio	1	—	—	—		—	—	—	—	
159	Orchitis et funicul. septica pur.	Castratio	2	—	—	—		—	—	—	—	
160	Periorchitis purul.	Incisio. Excochleatio	2	—	—	—		—	—	—	—	
161	Phimosis	Circumcisio. Sutura.	3	—	—	—		—	—	—	—	
162	Tumor scroti	Excisio.	1	—	—	—		—	—	—	—	
163	Periurethritis purul.	Incisio	2	—	—	—		—	—	—	—	
164	Phlegm. septic. penis, scroti et perinei. Gangraena. Pyo-septicaemia.	Incisiones	—	—	—	1		—	—	—	—	
165	Contusio perinei et ruptura urethrae (10)	Urethrotomia externa	1	—	—	—		—	—	—	—	
166	Ambustura penis et scroti II et III grad. (13)	Delig. aseptica Transpl. cutis	1	—	—	—		—	—	—	—	
167	Zdarcie skóry z całego prącia i z moszny (uraz) (1)	Oper. plastica	1	—	—	—		—	—	—	—	
	VI. Miednica											
168	Phlegm. prof. in. reg. glutea	Incisones	6	—	—	—		—	—	—	—	
169	Phlegm. gangraen. puerperale in reg. glutea d. et sin. (15)	Incisiones	1	—	—	—		—	—	—	—	
170	Neoplasma in reg. glutea	Excisio	1	—	—	—		—	—	—	—	
171	Vuln. punct. in reg. glutea	Sutura	1	—	—	—		—	—	—	—	
172	Phlegm. prof. et diffus. in reg. glutea, perinei et ani. Pyo-septicaemia	Incisiones	—	—	—	1		—	—	—	—	
173	Pelveo-peritonitis. Caries os. ilei sin, phlegm. sub. in gluteo (p. osteomyelit. acut.)	Incisiones. Necrotomia	—	1	—	—		—	—	—	—	
174	Phlegm. prof. in reg. iliaca dextra	Incisio	1	—	—	—		—	—	—	—	
175	Fractura oss ilei simpl.	Delig. gypsea		—	—	—		1	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło: Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1889 Wyszło: Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
	VII. Kończyna górna.											
176	Conquasatio humeri	a) Delig.as. et gyps.Ext.	1	—	—	—		—	—	—	—	
		b) Amputatio humeri	4	—	—	—		—	—	—	—	
		c) Lig. a. axill. Exartic. humeri	3	—	—	—		—	—	—	—	
177	Conquas. extremit. super.	a) Amputatio humeri	—	—	—	—		2	—	—	—	
		b) Lig. a. axill. Exartic. humeri	—	—	—	—		1	—	—	—	
178	Conquas. humeri sin. et Luxatio humeri dextri	Amputatio humeri s. Repositio humeri d.	1	—	—	—		—	—	—	—	
179	Fractura complic. colli humeri. Contusiones humeri.	Deligationes. Sutura	—	—	—	1	Zmarł nagle 3-go dnia (Emb. cordis)	—	—	—	—	
180	Fractura humeri simpl.	Delig. gyps. Extensio	2	—	—	—		—	—	—	—	
181	Luxatio humeri	Repositio	—	—	—	—		1	—	—	—	
182	Conquas. extremit super. et thoracis. Gangraena extrem. Septicaemia	Lig. a. axillaris Exarticul humeri	—	—	—	1	12-go dnia przywieziony do szpitala Septicaemia.	—	—	—	—	
183	Contusiones, subfractiones et subluxationes extremitatum super. Contractura	Massaż	—	—	—	—		1	—	—	—	
184	Vuln. contus. et corp. alien. in fossa axillari	Incis. Extract. corp. al.	1	—	—	—		—	—	—	—	
185	Vulnera caesa et contusiones humeri	Incisiones	1	—	—	—		—	—	—	—	
186	Conquas. antibrachii (38)	a) Amputatio antibr.	5	—	—	—		1	—	—	—	
		b) Amputatio humeri	4	—	—	—		—	—	—	—	
		c) Resectio part. ulnae	1	—	—	—		—	—	—	—	
		d) Leczenie zachow.	—	—	—	—		2	—	—	—	
187	Conquas. manus	a) Amputatio antibr.	6	—	—	—		—	—	—	—	
		b) Exarticulatio manus	3	—	—	—		1	—	—	—	
188	Conquas antibr. et manus (2)	Leczenie zachowaw.	2	—	—	—		—	—	—	—	
189	Fractura complic. et conquas. antibrachii Oedema malign. Pirogovii	Próba leczenia zachowawczego, deinde Amputatio humeri	1	—	—	—		—	—	—	—	
190	Vuln. sclopetar. antibrachii et manus cum conquassatione	Amputatio humeri	1	—	—	—		—	—	—	—	
191	Fractura complic. antibrachii	Delig. asept. et gyps.	1	—	—	—		—	—	—	—	
192	Vuln. incis. antibrachii	Sutura.	1	—	—	—		—	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
193	Vuln. contus. antibrachii et ruptura a. ulnaris. Phlegm. antibrachii	Incisiones Lig. a. ulnaris	1	—	—	—		—	—	—	—	
194	Fractura antibrachii simpl.	Delig. gypsea	4	—	—	—		—	—	—	—	
195	Conquas. digitor. manus	a) Exartic. v. amp. dig.	13	—	—	—		5	—	—	—	
		b) Delig. aseptica	—	—	—	—		1	—	—	—	
196	Vulnera sclopetaria manus	Leczenie zachowaw.	3	—	—	—		—	—	—	—	
197	Vulnera contus. digitor.	Sutura. Del. asept.	5	—	—	—		2	—	—	—	
198	Vuln. sclopet. digit.	Exarticul. v. amputat.	2	—	—	—		—	—	—	—	
199	Contusio indicis cum gangraena ind.	Exarticulatio	—	—	—	—		1	—	—	—	
200	Fractura claviculae	Deligatio	—	—	—	—		1	—	—	—	
201	Omarthritis bilat. et olenitis bilater. purul. acut. post scarlatinam. Pyo-septicaemia (9)	Arthrotomiae cum resectione partial. artic. humeri et cubiti (d. et s.)	1	—	—	—		—	—	—	—	
202	Olenitis tbc.	a) Excochleatio	1	—	1	—	Na oper. nie zgodziła się.	—	—	—	—	
		b) Resectio cubiti	2	—	—	—		—	—	—	—	
		c) Amput. humeri	1	—	—	—		—	—	—	—	
203	Olenitis acut. purul.	Arthrotomia	—	—	—	—		1	—	—	—	
204	Phlegmone antibrach.	Incisiones	2	—	—	—		—	—	—	—	
205	Phlegm. antibr. et manus	Incisiones	12	—	—	—		—	—	—	—	
206	Gangraena indicis p. vuln. cont.	Amputatio indicis	1	—	—	—		—	—	—	—	
207	Oedema et phlegm. septic. extremitat. super. s. post. fracturam antibrachii	Incisiones. Resectio partialis os. radii	1	—	—	—		—	—	—	—	
208	Phlegmone brachii et antibrachii	Incisiones	3	—	—	—		—	—	—	—	
209	Olenitis tbc. et lymphomata tbc. subaxillaria	Excochleatio. Extirpatio gl. lymph.	1	—	—	—		—	—	—	—	
210	Gangraena extremit. super. d.	Amputatio humeri	—	—	—	1	Collapsus.	—	—	—	—	
211	Abscessus tbc. brachii et antibrachii	Incis. Excochleatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
212	Elephanthiasis brachii et antibr. phlegmon.	Incisiones	—	1	—	—		—	—	—	—	
213	Tendovaginitis pur. manus et antibrachii	Incisiones	1	—	—	—		—	—	—	—	
214	Tumor albus manus	Resectio carpi, deinde amputatio humeri	1	—	—	—	Phthis pulm. ulcer.	—	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
215	Bursitis manus	Extirpatio bursae	1	—	—	—		—	—	—	—	
216	Congelatio digitorum et gangraena digiti V.	Delig. aseptica. Amput. dig. V.	1	—	—	—		—	—	—	—	
217	Panaritium	a) Incisio	3	—	—	—		—	—	—	—	
		b) Amputatio digit.	2	—	—	—		—	—	—	—	
218	Neoplasma manus	a) Excisio	3	1		—		—	—	—	—	
		b) Excis.cum.exart. dig.	1	—	—	—		—	—	—	—	
219	Gangraena digiti post lotion. carbol.	Exarticulatio digiti	1	—	—	—		—	—	—	—	
220	Arthritis pur. acuta artic. radio-carpal.	a) Arthrotomia	—	—	—	—		1	—	—	—	
		b) Resect. port. carpi	—	—	—	—		1	—	—	—	
221	Granuloma dorsi manus	Excochleatio	—	—	—	—		1	—	—	—	
222	Pustula maligna dor. manus	Paquelinisatio	—	—	—	—		1	—	—	—	
223	Fistulae antibrachii sin.	Incisiones. Excochleat.	—	—	—	—		1	—	—	—	
	VIII. Kończyna dolna.											
224	Conquassatio extremitatis infer. sin. et conquas. pedis dex.	Amputatio femoris sin et cruris dex.	1	—	—	—		—	—	—	—	
225	Conquas. completa extremitatum infer., vuln. contus. ad cavum peritonei. Ruptura vesicae urin. Agonia.	Nihil	—	—	—	2	Śmierć w 2 godziny po przybyciu do szpitala.	—	—	—	—	
226	Conquassatio femoris	Amputatio femoris	1	—	—	—		—	—	—	—	
227	a) Vulnus sclopetar. femoris	a) Incis. Delig. asept.	1	—	—	—		—	—	—	—	
	b) Idem c. conquass. femoris	b) Amputatio femoris	1	—	—	—		—	—	—	—	
228	Vuln. sclopet femoris et abdominis (4)	Delig. aseptica	—	—	—	1	Gangraena. Septicaemia.	—	—	—	—	
229	Luxatio femoris	Repositio	1	—	—	—		—	—	—	—	
230	Fractura femoris simpl.	Extensio et contrext.	3	—	—	—		4	—	—	—	
231	Vulnus contus. femoris	a) Delig. aseptica	2	—	—	—		—	—	—	—	
		b) Incisiones	1	—	—	—		—	—	—	—	
232	Fractura simpl. femoris et vulnera cont. cruris	Lecz. zachowawcze Extensio	2	—	—	1	5-go dnia nagle (Embolia)	—	—	—	—	
233	Vulnus incis. femoris	Sutura	1	—	—	—		—	—	—	—	
234	Fractura femor. dex. et et sin. Fractura et luxatio cubiti d. Fractura cubiti sin. Contusiones totius corporis	Delig. gypsea Extensio. Repositio	1	—	—	—		—	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
235	Vulnus sclopet. genu. Gonitis purul traumatic.	Arthrotomia et Excochleatio art. genu	1	—	—	—		—	—	—	—	
236	Vulnus cont. genu.	Sutura	1	—	—	—		—	—	—	—	
237	Conquas. cruris	a) Lecz. zachowawcze	2	—	—	—		1	—	—	—	
		b) Amputatio cruris	4	—	—	1	Po 6 tyg. e inanitione.	—	—	—	—	
238	Fractnra crur. complic.	Delig. gypsea	1	—	—	—		—	—	—	—	
239	Conquas. cruris. Gangraena.Pyo-septicaemia.	Amputatio cruris	—	—	—	—		—	—	—	1	
240	Conquas. cruris et pedis	Amputatio cruris	—	—	—	—		1	—	—	—	
241	Fractura conquas. cruris. Gangraena cruris	Amputatio femoris	2	—	—	—		—	—	—	—	
242	Fractura complic. cruris et necrosis oss. cruris	Exarticulatio genu	1	—	—	—		—	—	—	—	
243	Fractura cruris simpl.	Delig. gypsea	7	—	—	—		—	—	—	—	
244	Vulnus contus. cruris et gangraena cutis loco contusionis	Delig. aseptica et Transplant. cutis.	1	—	—	—		—	—	—	—	
245	Fractura complic. cruris et pedis	Resect. malleol. inter. Delig. asept. et gypsea	—	—	—	—		1	—	—	—	
246	Vuln. contus. cruris	Sutura	—	—	—	—		1	—	—	—	
247	Conquas. pedis	Amput. Pirogovii	2	—	—	—		—	—	—	—	
248	Vulnus. perfor. pedis Morbus macul. Verlhof. (12).	Incisiones	—	—	—	1	Septicaemia.	—	—	—	—	
249	Vulnera sclopet. pedis	a) Delig. asepsica	1	—	—	—		—	—	—	—	
		b) Incisiones	1	—	—	—		—	—	—	—	
250	Contusio pedis	Delig. gypsea	1	—	—	—		—	—	—	—	
251	Vulnera contus. pedis et caries tarsi	Incisiones. Excochleatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
252	Vuln. contus. pedis	Delig. aseptica	—	—	—	—		1	—	—	—	
253	Conquas digit. pedis	Exarticulatio	—	—	—	—		1	—	—	—	
254	Vulnn. contus. haluc.	Exarticulatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
255	Coxitis tuberculosa	a) Inject. emuls. jodof.	—	—	—	—		—	2	—	—	
		b) Incision. Excochl.	1	—	—	—		—	—	—	—	
		c) Resectio coxae	—	1	—	1	Cachexia tbc.	—	—	—	—	
256	Necrosis os. femoris	a) Necrotomia	3	—	—	—		1	—	—	—	
		b) Amputatio femoris	1	—	—	—		—	—	—	—	
257	Tumor albus genu	a) Delig. gyps. et inject. jodof.	2	2	—	1	Cachexia tbc.	—	1	—	—	
		b) Amputatio femoris	2	—	—	—		—	—	—	—	
		c) Resectio total. genu m. Textor.	1	—	—	—		—	—	—	—	
258	Necrosis os ilei sin. post osteomyelit.	Resectio partial. os. ilei	1	—	—	—		—	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.)					rok 1898				
			Wyszło					Wyszło				
			Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
259	Elephantiasis et phlegmone septic. extremitatis infer.	Amputatio femoris	1	—	—	—		—	—	—	—	
260	Periostitis femoris et phlegm. prof. femoris.	Incisiones	7	—	—	—		—	—	—	—	
261	Abscessus pyaemici femoris.	Incisiones	1	—	—	—		—	—	—	—	
262	Oedema acut. femor.	Okłady sublimatowe	1	—	—	—		—	—	—	—	
263	Psoitis purul.	Incisio	1	—	—	1		—	—	—	—	
264	Erysipelas gangraenos. extremitatis infer. sin.	Incisiones	—	—	—	—		—	1	—	—	
265	Phlegmone profund. femoris. pyo-septic.	Amputatio femoris	—	—	—	—		1	—	—	—	
266	Phlebitis purul. extremit. inferioris	Incisiones	—	—	—	—		1	—	—	—	
267	Gonitis puerper. purul acuta. Phlegm. prof. et diff. femoris	Arthrotomia. Incisiones femoris	—	—	—	—		—	—	—	1	Cachexia.
268	Gonitis purul. acuta	Arthrotomia	2	—	—	—		—	—	—	—	
269	Gonitis exudat. serosofibrin.	a) Leczenie zewnętrz.	2	—	—	—		—	—	—	—	
		b) Punctio et injectio	2	—	—	—		1	—	—	—	
		c) Arthrotomia	2	—	—	—		1	—	—	—	
270	Absces. periarticul. genu	Incisio	1	—	—	—		—	—	—	—	
271	Periostitis purul patellae	Incisio Excochleatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
272	Ambustura extremitatum infer. I et II grad.	Delig. aseptica	1	—	—	—		—	—	—	—	
273	Phlegm. genu diffus.	Incisiones	—	—	—	—		2	—	—	—	
274	Necrosis os. tibiae (16)	Necrotomia	6	—	—	—		2	—	—	—	
275	Necrosis os. tibiae phlegmone cruris diff.; gonitis exud. (18)	Resectio partialis os. tibiae. Delig. gyps.	6	—	—	—		—	—	—	—	
276	Osteomyelitis acut. tibiae. Phlegm. prof. et diff. femoris et cruris. Absc. pyaemici multiplices. Pyosepticaemia	Resectio tibiae Incisiones	—	—	—	—		—	—	—	1	
277	Necrosis ossium cruris Cachexia ultima	Nihil	—	—	—	—		—	—	—	1	
278	Periostitis tibiae purul.	Incisiones. Excochl.	2	—	—	—		—	—	—	—	
279	Phlegm. cruris diffus.	Incisiones	3	—	—	—		1	—	—	1	Chory lat 70. Septicaemia.
280	Anthrax diffus. cruris	Incisio Excochleatio	—	—	—	—		1	—	—	—	
281	Bursitis praepat. purul.	Incisio	2	—	—	—		1	—	—	—	
282	Ulcera atonica cruris	Delig. asept. et transplant. Thiersch'a	18	10	—	—		4	3	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
283	Tumor albus pedis	a) Amputatio cruris	3	—	—	—		—	—	—	—	
		b) Resectio, deindc amput. cruris	3	—	—	—		—	—	—	—	
284	Caries os. tarsi post vuln. perf. pedis	Incisio. Excochleatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
285	Necrosis artic. tibiotarsal. post. Osteomylit. acut. pyaemica	Amputatio cruris	—	1	—	—		—	—	—	—	
286	Osteomyelitis pedis ac. Phlegm. pedis diffus.	Incisiones	—	1	—	—		—	—	—	—	
287	Tendovaginitis pedis	Leczenie zewnętrzne	1	—	—	—		—	—	—	—	
288	Caries oss. metatarsi I.	Resectio os melat I.	1	—	—	—		—	—	—	—	
289	Necrosis os metatarsi V.	Exarticul. os metat. I.	1	—	—	—		—	—	—	—	
290	Caries tbc. mall. ext pedis.	Excochleatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
291	Phlegmone prof. et diffus. pedis	Incisiones	1	—	—	—		1	—	—	—	
292	Fistula in reg. poplitea	Incisio. Excochleatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
293	Ulcus genus diffus. post ambusturam. Contracturae	Transplantatio cutis	—	1	—	—		—	—	—	—	
294	Ambustura pedis III gr.	Delig. asept.	—	—	—	—		1	—	—	—	
295	Lupus pedis et digitor.	Excochl. Paquelinisat.	—	—	—	—		1	—	—	—	
296	Tbc tarsi	Delig. gyps. et inject.	—	—	—	—		—	1	—	—	
297	Angio-sarcoma femoris	Excisio neoplasmatis	1	—	—	—		—	—	—	—	
298	Fibro-angioma pedis et lymphomata inguinalia	Exstirpatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
299	Neoplasma in reg. poplitea	Exstirpatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
300	Tumor bursae m. suprapatellaris	Exstirpatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
301	Chondroma femoris	Excisio	1	—	—	—		—	—	—	—	
302	Tumor bursae muc. epicondylicae.	Exstirpatio tumoris	1	—	—	—		—	—	—	—	
303	Granuloma halucis	Excisio	—	—	—	—		1	—	—	—	
304	Carcinoma femoris	Excisio. Transpl. cutis	—	—	—	—		1	—	—	—	
305	Bursitis praepatell	Exstirpatio bursae	—	—	—	—		1	—	—	—	

IX. Varia.

306	Absces. pyaemici multipl.	Incisiones Excochl.	3	—	—	—		—	—	—	—	

Liczba porządkowa	Nazwa choroby	Leczenie	Od r. 1891—1897 (włącz.) Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI	rok 1898 Wyszło Uleczonych	Z polepsz.	Nieuleczon.	Umarło	UWAGI
307	Lymphaden inguin. purul et fistulae profundae.	a) Incisio Excochleatio	3	—	—	—		—	—	—	—	
		b) Exstirp. gl.gl. lymph. prof.	3	—	—	—		—	—	—	—	
308	Tbc. articul. extremitatum super. et infer. Tbc. cutis	Resection. articul. Incisiones Excochleat.	—	1	—	—	Po kilkakrotnym pobycie w szpitalu wyzdrowienie.	1	1	—	—	
309	Absces. frigidi multiplices	Incisio Excochleatio	—	1	—	—		—	—	—	—	
310	Ulcera et fistulae tbc. antibrachii et manus dex. et sin., femoris dex et sin.	Incisiones Excochl.	1	—	—	—		—	—	—	—	
311	Phlegm. diffus in reg. inguinal. et perinei	Incisiones	1	—	—	—		—	—	—	—	
312	Pustulae malign. multiplices	Paquelinisatio	1	—	—	—		—	—	—	—	
313	Ambustura faciei, brachii et antibrachii dex, antibr. sin.; panaritium dig. I et II manus dex.	Incisiones Delig. aseptica	—	—	—	—		1	—	—	—	
314	Phlegm. prof. in reg. inguin.	Incisio	—	—	—	—		1	—	—	—	
315	Absces. pyaemici multiplices post erysipel.	Incisiones.	—	—	—	—		1	—	—	—	

(D. n.)



Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 4 października 1899 r.

I. Do grona członków Tow. Lek. przyjęty został kol. *Rosenblatt*.

II. Kol. *Perlis*: Pokaz chorej: 16 letnia dziewczyna w przebiegu ciężkiego duru brzusznego zapadła na t. zw. *wodnego raka—noma*. W 3-im tygodniu tyfusu wystąpił znaczny obrzęk prawej okolicy podszczękowej z zajęciem gruczołów. Sprawa martwicowa rozwinęła się nader szybko i poczyniła bardzo rozległe spustoszenia w jamie ustnej. Wyrostek zębowy dolny na znacznej przestrzeni uległ zgorzeli, 5 dolnych zębów wypadło. Zgorzeli następnie uległa błona śluzowa policzka i wszystkie miękkie części jego, włącznie ze skórą. Jednocześnie gruczoły pozaszczękowe uległy zropieniu. Po ograniczeniu się sprawy zgorzelinowej i oddzieleniu się zmartwiałych tkanek szczęki i policzka, pozostał brak wielkości srebrnej 20 kop. monety, drążący do jamy ustnej. Przez wytworzoną w ten sposób przetokę wylewały się z jamy ustnej płynne pokarmy i ślina, wywołując rozległy wyprysk na twarzy i szyji. Z powodu zbliznowacenia skóry wokoło otworu zewnętrznego przetoki—kąt warg został ściągnięty ku dołowi ze znacznem skrzywieniem ust. Dla zamknięcia braku kol. P. wykonał plastyczną operację, polegającą na przecięciu policzka w całej jego grubości od kąta ust na zewnątrz i ku górze na przestrzeni 10 cm. Przetoka została wyciętą, tkanki bliznowate usunięte, następnie płat z zewnętrznej części policzka przesunięty aż do kąta ust, który po wykonaniu cheiloplastyki został na nowo wytworzony. Błona śluzowa i pozostałe tkanki zaszyte oddzielnie. Obecnie, jak widać, (demonstracja chorej) wynik przedstawia się bardzo dodatnio; rana zagojona na całej przestrzeni przez rychłozrost, blizna gładka, równa, zniekształcenia ust niema. Pacjentka może otwierać usta swobodnie i dość szeroko. Skóra szyji, zmacerowana poprzednio przez płyny i ślinę, powróciła do stanu normalnego.

III. Kol. *Perlis*. Pokaz chorego: Dziecko 10 tygodniowe *z wrodzonem zniekształceniem lewej muszli usznej*. Muszla niedorozwinięta, zaczątkowa, przedstawia się w postaci niewielkiego płatka skóry z niewyraźną częścią chrząstkową. Pośrodku tego płatka znajduje się maleńki otworek, prowadzący do ślepo kończącego się zagłębienia około 1 cm. długości. Przewodu zewnętrznego słuchowego zupełnie niema. Prawa muszla i prawy przewód słuchowy—normalne.

IV. Kol. *Goldman* demonstrował 22 letnią Itę A., u której 3 miesiące temu z powodu *ropnia twardego podniebienia* w związku z próchnicą korzeni przednich górnych siekaczy (chora zaopatrzoną była przez dentystę rok temu w przyrząd sztucznych zębów; korzenie zębów nie były w swoim czasie usunięte) dokonał w uśpieniu chloro-

formowem usunięcia martwiaka górnej szczęki; podczas tegoż uśpienia usunął 19 chorych korzeni z górnej i dolnej szczęki, z powodu zmian na dziąsłach, jakie obecność korzeni wywołała. Jamę, odpowiadającą ułożeniu martwiaka, szczelnie wytamponowano gazą jodoformową. Po 2 dniach przy zmianie opatrunku okazało się, iż jama ustna łączy się w tem miejscu z jamą nosową: wszystkie wyrazy, wymawiane wtedy przez chorą, brzmiały nosowo, nader dla chorej przykro.

8 tygodni temu, doczekawszy się znacznego zmniejszenia otworu, łączącego obie sąsiednie jamy, do wielkości ziarnka fasoli—dokonał Goldman *plastycznej operacji* zamknięcia jamy sposobem Lagenbacha; 1) 2 podłużne nacięcia błony śluzowej przez okostną do kości w równej odległości od otworu 2) dokładne odwarstwienie od kości błony śluzowej wraz z okostną, z której winien był wyrosnąć kostny brak podniebienia; 3) odświeżenie brzegów otworu; 4) szew węzełkowy podwójny. Przy codziennem traktowaniu linji szwów nalewką jodową po 6 dniach - rychłozrost.

Obecnie chora wymawia wszystkie dźwięki normalnie; na miejscu braku kostnego podniebienia mamy trwale zrośniętą błonę śluzową, która dla badającego palca przedstawia się mniej oporną, niż zdrowe uprzednio miejsca podniebienia.

V. Kol. *Stankiewicz Cz.* przedstawia pacjentkę, u której w Grudniu 1897 roku z powodu tyłozgięcia macicy wykonał skrócenie więzów obłych przez pochwę. Pacjentka ta zaszła w ciążę (p. „Cz. L." str. 115) z przebiegiem niepowikłanym. W marcu r. b. poród na czasie, zdaniem pacjentki, „ciężki", jakkolwiek nie trwał dłużej niż poprzednie (12 godzin). Łożysko odeszło w 10 minut dobrowolnie. Płód płci męskiej, żywy, prawidłowo rozwinięty. Połóg gorączkowy.

Sposób Bode'go-Wertheim'a przebył zwycięzko próbę ogniową, jaką była dlań ciąża i poród. Dodatni wynik operacji nie poniósł zgoła żadnego szwanku. *macica pozostaje w przodozgięciu, jest ruchoma*, niebolesna. Przydatki, otrzewna przed i zamaciczna również w stanie prawidłowym.

Kol. Saks, po zbadaniu pacjentki, stwierdził powyższe dane.

VII. Kol. *Sterling*, przedstawia chorego (sam demonstrujący) *z porażeniem urazowem trzeciego paliczka* (phalanx) *palca środkowego* dłoni prawej. Rolę urazu grał ucisk ciała podczas snu. Niezwykłość tego przypadku polega na tem, że do porażonej powierzchni rozginającej tego paliczka przyczepia się nie mięsień, lecz jedynie powięź rozginacza wspólnego palców, że więc—nie można uzależnić tego porażenia od ucisku określonej gałązki nerwu ruchowego.

VIII. Dyskusja nad odczytem kol. *Krukowskiego*: Przyczynek do etjologji poronienia nawykowego (p. str. 429).

Kol. *Stankiewicz Cz.* Sprawa chorobowa, nazwana przez Virchow'a endometritis decid. tuberosa et polyposa, jest w istocie rzadką, i wielka szkoda, że kol. K. nie przedstawił odnośnego preparatu. Przypadek kol. K. tem bardziej zasługuje na uwagę, iż powstał nie na tle przymiotu, jak to bywa zazwyczaj. Co do wyskrobania macicy, nie jest rzeczą właściwą wykonywać je u siebie, w godzinach przyjęcia.

Kol. *Krukowski.* Preparat zniszczono mimo mojej wiedzy. Co do przymiotu, ten nie odgrywa wybitniejszej roli w sprawie powstawania endometridis pyloposae. Dowody w pracy Ahlfeld'a. Zarzut kol. Stankiewicza jest niesłuszny. W domu

lekarza łatwiej o aseptykę, niż w mieszkaniu pacjentki, zwłaszcza niezamożnej. Z tego też względu wykonałem operację u siebie.

Kol. *Saks*. Zgadzam się z kol. Stankiewiczem. Operowanie w godzinach przyjęcia jest niewłaściwem. Po zabiegu należy chorej zapewnić spokój; jazda po złym bruku jest w tym razie wręcz szkodliwą.

Kol. *Rząd*. Można dać wypocząć parę godzin,—to starczy. W gabinecie lekarza aseptyka jest zawsze możliwą, nie zawsze w domu pacjentki.

Kol. *Stankiewicz Cz*. Nie chodzi tylko o aseptykę. Zabieg, sam w sobie prosty, nie powinien być lekce brany. Wiemy przecie, iż zachodzą przypadki przedziurawienia macicy, bywały nawet wypadnięcia jelita do pochwy. Z drugiej strony, przy poronieniu, o ile macica została niezupełnie opróżnioną, zdarzają się krwotoki następcze. A jeśli krwotok zastanie chorą na ulicy? Z tych powodów nie należy operować u siebie, już raczej w domu pacjentki, jeśli nie w szpitalu lub w zakładzie specjalnym.

IX. Kol. *Stankiewicz Cz.* Odczyt p. t.: **„Przyczynek do kazuistyki ciąży jajowodowej: zatrzymanie płodu prawie donoszonego w ciągu lat ośmnastu“** (p. „Cz. Lek.“ № 10).

Dyskusja. Kol. *Kaufman*. Jeśli kol. S. wylicza tylko trzy analogiczne spostrzeżenia, ma na myśli zapewne przypadki płodu skamieniałego, w których doszło do operacji. Nieoperowanych jest znacznie więcej, z okresem zatrzymania dłuższym, niż u kol. S.

Kol. *Stankiewicz Cz*. Co do płodu skamieniałego zgadzam się najzupełniej. W rzeczy samej istnieją opisy, gdzie lithopaedion pozostawało w ustroju matki dłużej nad lat ośmnaście. Okres ten, w przypadku Watkins'a, dosięga nawet lat 43, do śmierci pacjentki w 74 roku życia, zaszłej zresztą z innych powodów (choroba nerek). W moim przypadku nie było skamienienia płodu, nie wytworzyło się lithopaedion, zaszła jedynie maceracja płodu. W tej kategorji, odliczając przypadki zatrzymania płodu poniżej lat dwunastu, znalazłem tylko trzy podobne spostrzeżenia.

Kol. *Kaufman*. Wątpię, czy zmiany w budowie czaszki, jakie widzieliśmy u dziecka przedstawionego w Tow. Lek., mogły być skutkiem ucisku ze strony płodu zamacicznego. Wszak płód ten podległ maceracji, pojedyńcze kości były ruchome, nie mogły więc wywołać tak znacznego zniekształcenia.

Kol. *Stankiewicz Cz*. W inny sposób nie mógłbym sobie objaśnić tego zjawiska; gdy nastąpił pierwszy poród, widocznie płód zamaciczny nie podległ jeszcze zupełnej maceracji.

Kol. *Krukowski*. Co rozumie kol. S. pod terminem miesiączkowanie jajowodowe, czy samoistne przesiąkanie krwi przez błonę śluzową, czy też wydzielanie się przez przetokę krwi, pochodzącej z macicy? O pierwszem chyba nie może być mowy, gdyż po latach tylu błona śluzowa uległa zapewne zanikowi.

Kol. *Stankiewicz Cz*. Pod miesiączkowaniem jajowodowem rozumiem czynność samych jajowodów. Przeciw udziałowi macicy przemawia w danym razie wysokie położenie przetoki: krew, wbrew prawu ciężkości, musiałaby dążyć ku górze. Co ważniejsza, krwawienia z przetoki poprzedzały zawsze czyszczenia maciczne. Błona śluzowa jajowodów, przez analogję z macicą, posiada prawdopodobnie wybitne zdolność odradzania się. Zresztą, nie masz dowodów, iżby w danym przypadku istniał zanik błony śluzowej.

X. Kol. *Przedborski*. *Ropień nagłośni w przebiegu odry*. 16-to R. cierpi od dni 10 na ból przy połykaniu, uczucie obcego ciała w gardzieli, kaszel bez plwociny. Przebył łagodną odrę, bez powikłań. Stan przedmiotowy dobry. W gardzieli, na podstawie języka, w jamie noso-gardzielowej—badanie nic nie wykrywa. Na lewej połowie głośni czerwony guz, wielkości orzecha tureckiego; w jednym punkcie guz ten żółtawo prześwieca; guz jest miękki. Po nacięciu—wypłynęło $\frac{1}{2}$ łyżki ropy, a guz się w oczach zapadł. Takie powikłanie odry jest niezmiernie rzadkiem. W związku z tym przypadkiem wypowiada P.

kilka słów o udziale górnego odcinka dróg oddechowych w cierpieniach zakaźnych.

XI. Kol. *Rundo* pokazuje *termofor*, przyrząd służący do ogrzewania, przez szereg godzin, potraw, okładów, leków.

XII. Kol. *Sterling* pokazuje *hodowle i preparaty laseczników moru*, pochodzące z pracowni instytu medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

XIII. Kol. *Stankiewicz Cz.* komunikuje o przypadku *śmierci podczas porodu z powodu krwiaka wargi większej*. NN. lat 36, VI para. Poród, o którym mowa (VII-my), rozpoczął się dnia 28. IX. Nazajutrz, z powodu nieposuwania się porodu, zabieg kleszczowy, jednak bez skutku. Przy zdejmowaniu łyżek, z wargi lewej większej, na której oddawna istniały żylaki, trysła krew szalonym strumieniem. Okłucie nie pomaga, dopiero ułożenie rodzącej na bok, tak iż wargi większe ściśle przylegają do siebie, wstrzymuje krwawienie. W cztery godziny potem wezwano S. Po ułożeniu pacjentki na łóżko poprzeczne, widać na miejscu lewej wargi większej guz siny, wielkości pięści, chełboczący, zamykający dostęp do pochwy. Z miejsc okłucia krwawi żywym strumieniem. Przy próbie ponownego okłucia, — toż samo. Szybkie przecięcie guza wzdłuż na przestrzeni 8 cm., wydobycie skrzepów z jamy wielkości dwóch pięści; na tylnej powierzchni u góry widać splot żylny, obficie krwawiący. Tamponada gazą wyjałowioną zwalcza krwawienie. Atoli rodząca, w stanie wybitnej anemji, słabnie coraz bardziej, oddech staje się powierzchownym, wreszcie znika Post exitum- kleszcze (płód martwy), ręczne wydobycie łożyska. Krwiaki warg większych stanowią jedno z najniebezpieczniejszych powikłań porodu. Wskazanem jest szerokie otwarcie guza w celu odszukania i przewiązania krwawiących naczyń.

Posiedzenie z dnia 18 października 1899 r.

I. Kol. *Watten* przedstawia: 1) Pacjenta 65-cio letniego, któremu przed 2 tygodniami przez cięcie nadłonowe usunął 2 kamienie pęcherza moczowego, jeden wielkości orzecha włoskiego, drugi —laskowego. Cierpienie trwało od lat 5 i sprowadziło wysoce rozwinięty nieżyt pęcherza. Mocz, oddawany przez chorego w czasach ostatnich mniej więcej co $\frac{1}{2}$ godziny, był mocno cuchnący i zawierał bardzo znaczne ilości ropy, zazwyczaj z domieszką krwi. Pod wpływem stosowanych trzykrotnie w ciągu dnia przemywań roztworem lapisu (1:3000—1000) stan pęcherza po dniach dziesięciu o tyle się poprawił, iż chory był w stanie zatrzymać mocz do dwóch godzin, przyczem ilość ropy zmniejszyła się widocznie, reakcja jednak alkaliczna nie ustąpiła, często również pokazywała się krew. Pojemność pęcherza wynosiła najwyżej 50—60 cm. sześć. Operacja dokonaną została w takiem właśnie napełnieniu pęcherza, bez napełniania odbytnicy; chociaż dolna fałda otrzewnej sięgała bardzo nisko, do samego niemal spojenia łonowego, nie było konieczności uciekać się do odłuszczania otrzewnej. Pomimo wysoce niepomyślnych dla operacji warunków przebieg pooperacyjny był ze wszech miar

zadawalający. Dwupiętrowy szew pęcherza, do którego użyty był najcieńszy katgut, utrzymał się na całej przestrzeni. Rana skórna z wyjątkiem dolnego kąta, gdzie założono pasek gazy jodoformowej, zagoiła się przez rychłozrost. Po tygodniu szwy skórne zdjęto, następnego dnia po ostrożnem przepłukaniu pęcherza usunięto cewnik i chory wstał. Przez trzy dni następne wypuszczano jeszcze mocz co 2—3 godzin za pomocą cewnika; odtąd chory oddaje go sam, co 3—4 godzin, bez żadnych boleści. Mocz oczyścił się znakomicie, stracił woń cuchnącą, zawiera bardzo nieznaczną domieszkę ropy.

Przypadek powyższy wybornie ilustruje zalety cięcia nadłonowego z doszczętnem zaszyciem pęcherza; tylko przy tej metodzie operowania jesteśmy w stanie w tak krótkim przeciągu czasu chorego zupełnie na nogi postawić. Wszystko przytem niemal zależy od szwu pęcherza. Obok dokładności wykonania tegoż niepoślednią gra tu rolę materjał do szycia użyty, który nie tylko bezwzględnie aseptyczny być musi, lecz i posiadać winien wszelkie warunki inne, aseptycznemu gojeniu się szwów sprzyjające. Z materjałów będących dotąd w użyciu jedynie odpowiednio przyrządzony katgut warunkom tym zadośćuczynić może.

2) Gorset ze szkła wodnego na chorej ze *spondilitis tbc.* w lędźwiowej części kręgosłupa, sporządzony na zdjętym ad hoc modelu z gipsu. Tylko w ten sposób zrobione gorsety zadaniu swemu istotnie odpowiadać mogą. Gorsety ze szkła wodnego, w stosunkach fabrycznych zwłaszcza, dobre mogą usługi oddawać w ambulatoryjnem leczeniu cierpień kręgosłupa; obok niewielkiej swej wagi i znacznej względnie wytrzymałości posiadają one wielką jeszcze zaletę—taniość. Demonstrowany gorset dla dorosłego wraz z robotą rymarską kosztuje niecałe 8 rs.—dla dziecka koszta sporządzenia nie przenoszą 5—6 rb. Do gorsetów tych w razie potrzeby łatwo się daje zastosować t. zw. *jurymast* lub inny przyrząd analogiczny, co oczywiście koszta odpowiednio podnosi.

II. Kol. *Sterling: Nowe dane z epidemjologji moru.* Do niedawna pod nazwą moru nie rozumiano jakiejś określonej jednostki chorobowej, lecz raczej—epidemję złośliwą, zabierającą znaczną liczbę ludności. Nie troszczono się w Europie o tę epidemję, bo jej nie groziła. Wypadki wiedeńskie, ostatnio zaś epidemja w Oporto, zmuszają nas do wyrzeczenia się tego poczucia bezpieczeństwa w obec moru. Musimy się liczyć z możliwością moru i u nas.

Nowa era epidemjologji moru rozpoczyna się z rokiem 1894-ym, kiedy wybuchł mór w Chinach, zkąd szerzy się coraz to dalej w kierunku ku zachodowi. Pierwszym krokiem w epidemjologji moru było wykrycie drobnoustroju tej choroby przez Kitasato i Yersina—i zbadanie warunków jego istnienia. Jest to krótki laseecznik, o dość charakterystycznych cechach morfologicznych; wyhodować go można przy nizkiej nawet ciepłocie (w ten sposób wyodrębnia się go z pośród mięszaniny różnych drobnoustrojów); wysuszanie zabija go szybko.

Postacie kliniczne moru: 1) postać dymienicowa; 2) postać wąglikowa; 3) postać płucna; 4) postać kiszkowa; 5) postać poronna. Do pierwszych czterech postaci przyłączyć się może posocznica. Powi-

kłania: porażenie serca, porażenie mięśni, sprawy na rogówce, niemota; u gruźliczych—suchoty galopujące.

Trzy objawy ważne przy rozpoznaniu: szybkie podniesienie ciepłoty, obrzmienie gruczołów, przekrwienie łącznic. Trzy objawy patognoumoniczne facies pestica—o wyrazie apatji; lingua pestica—język obrzmiały, wilgotny, jakby pokryty wapnem; delirium pesticum—bredzenie trwałe i w systemat ujęte. Objaw charakterystyczny w przebiegu: wczesny i znaczny upadek ciśnienia w tętnicach.

Rozpoznanie: Przy postaci dymienicowej—tylko z obrazu klinicznego; badanie bakterjologiczne stosować można przy postaciach: płucnej (plwocina), wąglikowej (wydzielina), posocznicowej (krew).

Wrota zarażenia: najczęściej—skóra; potem—pierwsze drogi trawienne i oddechowe. Gruczoły pachwinowe dla tego najczęściej zajęte, że ludność chodząca boso najłatwiej się zaraża przez ranki na stopach. Dzieci, żujące wszystko co napotykają, zapadają najczęściej na dymienice podszczękowe.

Przez zetknięcie się z chorymi na mór zarazić się można, o ile to zetknięcie się jest bardzo blizkiem; w ciasnych domostwach indusów wymierają całe rodziny, w przewiewnych szałasach, służących jako szpitale, zarażenie rzadko się zdarza (wysychanie zarazków).

Epidemja przebiega podług linji graficznej w postaci małych odcinków koła, bez gwałtownych wybuchów, ponieważ zarazek przenosi się z osoby na osobę (a nie jak np. przy durze, cholerze, gdzie rolę pośrednika gra woda, więc nagłe wybuchy są możliwe—po użyciu przez znaczną liczbę ludności wody zarażonej). W Indjach zimowe miesiące dają maximum zachorowań; wtedy ludność skupia się w ciasnych mieszkaniach, wówczas, gdy w lecie żyje (i sypia) na wolnem powietrzu. Prócz ludzi, przenośnikami zarazy są szczury, myszy. Owady, zdaje się, zarazków nie przenoszą.

W walce z tą zarazą wielkie usługi oddają kwarantanny.

Szczepienia ochronne (dwukrotne) Hawkina dały wyniki bardzo zachęcające. Surowice lecznicze okazały się, dotąd, nieskutecznemi.

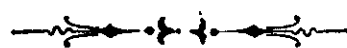
III. Kol. *Stankiewicz Cz.* przedstawia preparaty drobnowidzowe, odnoszące się do sprawy nowotworów kosmówki. Sprawa ta żywo obchodzi ginekologję współczesną, od czasu, gdy praca Marchand'a wyjaśniła wiele stron ciemnych lub spornych. Nowotwory kosmówki można podzielić na dwie kategorje: 1° *Mola hydatidosa* a) zaśniad dobrotliwy, b) zaśniad złośliwy, 2° *Exochorioma malignum.* Ten ostatni rozwija się z pokrycia nabłonkowego kosmków, t. zw. exochorion, i dla tego już przed pół rokiem S. proponował dlań nazwę egzochorjomatu, zamiast utartej deciduoma, która jest wręcz nieodpowiednią. Egzochorjomat, jak wiadomo, rozwija się najczęściej po zaśniadzie. W tym razie, w podścielisku kosmków można widzieć duże komórki syncycjalne, które, zdaniem Neumann'a, są nieomylną cechą złośliwości (t. zw. Neumann'owskie komórki). Fakt ten wymaga jednak dalszego opracowania. S. przedstawia:

1) Preparaty własnych przypadków zaśniadu groniastego dobrotliwego.

2) Preparat zaśniadu złośliwego, otrzymany w Wiedniu dzięki uprzejmości d-ra Neumannn'a. W osnowie kosmków widać duże komórki pochodzenia syncycjalnego.

3) Preparaty własnego przypadku egzochorjomatu. W powstaniu nowotworu równy wzięły udział komórki Langhans'a, jak i warstwa syncycjalna (Gaz. Lek. 1898).

4) Preparat drobnowidzowy ciąży zamacicznej jajowodowej. We wczesnym okresie pęknięcie jajowodu, wolny krwotok do jamy brzusznej. Operacja przed trzema laty, wyzdrowienie. Rozpoznanie ciąży postawiono li na podstawie badania drobnowidzowego (kosmki). Okazane preparaty wykonał w większej części kol. W. Żurakowski w Warszawie.



REFERATY.

Pick. **Przypadek myositidis ossificantis po urazie.** 53 letnia pacjentka spadła ze schodów (8. I. 98) i zwichnęła staw łokciowy lewy (röntgenogram); nastawienie; przez tydzień opaska unieruchomiająca, mięsienie i ruchy bierne, które bólu nie wywoływały. Po 3 tygodniach—ruchy bierne stają się coraz trudniejszymi, jednocześnie mięśnie twardnieją i stają się bolesnymi na ucisk. Po 5 tygodniach röntgenografja wykazuje cień w mięśniach górnego odcinka kości prętowej (ulna). Dnia 10. VI. 98: prawa kończyna górna zgięta nieruchomie w stawie łokciowym pod kątem 125°; zwracanie i odwracanie (pronatio et supinatio) możliwe. Mięśnie dolnego odcinka ramienia i górnego odcinka przedramienia zawierają w sobie podłużne listwy kostne (röntgenogram).

(Mon. f. Unfallheilk. VIII. 99).

Braun. **Obszerne wylewy krwawe na głowie, szyji, krtani i lewem ramieniu po zgnieceniu brzucha.** 20 letni mężczyzna uległ zgnieceniu brzucha (zasypanie); głowa i szyja urazowi zupełnie nie uległy. Po upływie pół godziny: twarz ciemno-sina i obrzmiała, gałki oczne wypchnięte, w spojówce wylewy krwawe. Wylewy krwawe na twarzy, karku, na lewem ramieniu. Źrenice rozszerzone nie dają odczynu. Przytomność zachowana. W moczu białko, ale krwi brak. Wyzdrowienie.

Uraz wywołał przesunięcie wnętrzności brzusznych i przepony ku górze; zastanie się krwi w żyłach głowy, pozbawionych zastawek, było przyczyną wylewów krwawych. Wylewy w ramieniu zależały od niedomykalności względnej rozszerzonych żył: podobojczykowej i pachowej. Rozszerzenie źrenic—od porażenia nerwu okoruchowego, wskutek zastoiny żylnej i obrzęku tkanki łącznej dna oczodołu. Białkomocz mógł zależeć od zastoiny w żyłach nerek, albo od dyspnoë, albo od ucisku na nerwy trzewiowe.

P. cytuje podobny przypadek Willera (z gryfijskiej kliniki).

(Deut. Zeit. f. Chir. II).

Mendel. **Obrażenie cielesne nie może wywołać wiądu rdzenia, lecz może wpłynąć na istniejący.** *Świadectwo*: Buchalter, lat 53, obecnie chory na wiąd rdzenia; w r. 1864 zarażenie syfilityczne. W r. 1870—jako jeniec wojenny—uczuł po raz pierwszy bóle reumatyczne w nogach. W r. 1877 nieznaczne uszkodzenie (zgniecenie) lewej nogi. 28 XII. 96 spadł ze schodów na podłogę kamienną, przy czem utracił przytomność (na kilkanaście godzin); zwolnienie tętna; rozpoznano—wstrząśnienie mózgu. 25. I. 97—rozpoznano wiąd. Mendel nie uznaje, by uraz mógł być przyczyną wiądu. W danym przypadku już w 4 tygodniu po urazie rozpoznano wiąd, a taki ostry przebieg nie zgadza się z tem, co wiemy o zmianach anatomicznych przy wiądzie. Raczej te bóle w r. 1870—były już objawami wiądu. Niewątpliwie za to uraz pogorszył istniejące cierpienie, wiąd rdzenia; więc M. ocenił w tym razie zmniejszenie się, z powodu urazu, zdolności zarobkowania o 80%.

(Mon. f. Unfallheilk. VIII. 99).

Lion. **Pierwsza pomoc w okresie pobudzenia psychicznego** (chorych umysłowych). Nieznaczna tylko część chorych umysłowych leczoną jest w szpitalach; większość, z różnych przyczyn—pozostaje w domu. Ci chorzy zwykle nie są wcale leczeni; dopiero, gdy się stają niebezpiecznymi dla otoczenia—kierowani są do szpitali.

Kiedy mamy do czynienia z chorym cieleśnie—o nim myślimy przedewszystkiem; w stosunku do chorych umysłowych—myślimy, przedewszystkiem, o otoczeniu. Chorego cieleśnie leczymy, chorego umysłowo—odosobniamy. Kiedy ktoś krwawi, obowiązkiem lekarza jest uczynić wszystko, by wstrzymać krwotok; dopiero po tem myśli o przeniesieniu chorego do szpitala, o przywołaniu specjalisty i t. p. Chorzy umysłowo pozbawieni są obecnie tej pierwszej pomocy, od której często zależą jego dalsze losy; są pozbawieni dla tego, że w pobliżu niema *specjalisty* psychiatry.

Uspokojenie pobudzenia mózgu równa się tej pomocy, jaką dajemy, tamując krwotok, jaką dajemy, nakładając tymczasowy opatrunek na złamaną kończynę. Nie jest to sprawa trudniejsza, aniżeli pierwsza pomoc w przypadku chirurgicznym.

Jeśli leczenie obłąkanych w szpitalach daje o wiele lepsze wyniki, aniżeli w domu, to dzieje się to w wielkim stopniu dla tego, że w domu (na prowincji) chorego zazwyczaj wcale nie leczą. Jeśli ktoś zachoruje na chorobę umysłową, przywołany lekarz sterotypowo powtarza: „co prędzej do szpitala“—i na tem swoją pomoc ogranicza. A tymczasem mija dużo czasu, zanim załatwione zostaną liczne formalności, mija czas na podróży końmi i w dusznym wagonie—a chory ciągle zostaje bez pomocy lekarskiej. A przecież mamy cały szereg szybko przemijających stanów psychopatycznych, kiedy wraz z przejściem okresu pobudzenia mija choroba, następuje zdrowienie. W tych razach pierwsza pomoc, na czasie podana, wyczerpuje całe leczenie. Starczy przypomnieć osłabienie władz umysłowych po chorobach wyniszczających (confusio mentalis asthenica), psychozy popołogowe, napad obłędu opilczego.

Ongi należało wywalczać dla obłąkanych prawa ludzkie; potem trzeba było przekonywać, że obłąkany jest człowiekiem chorym; dziś nareszcie wiemy, że jest to taki sam chory, jak inni. Bo jakkolwiek mało znamy anatomję patologiczną chorób umysłowych, tyle już wiemy, że i tu mamy do czynienia, jak wogóle przy chorobach, z zakłóceniem krwiobiegu, ze stanami zapalnymi miąższowymi lub śródmiąższowymi, ze zwapnieniem naczyć, ze zwyrodnieniami, ze zmianami w tkance nerwowej lub przynerwowej i t. d. Więc i w tych chorobach leczyć chorego musimy, a każdy lekarz podać takim chorym powinien pierwszą pomoc.

Chorego znajdującego się w stanie niepokoju, pobudzenia (agitatio) należy koniecznie i przedewszystkiem ułożyć do łóżka.

Powtóre, należy systematycznie oprożniać jego kiszki—najlepiej za pomocą przemywań hegarowskich. Na raz wlewamy 1—2 kwarty wody; przez pierwsze dni po 3—4 razy na dobę, po tem, stopniowo rzadziej.

Po trzecie—stosujemy kąpiele ciepłe długotrwałe. Ciepłota kąpieli 26-29° R.; trwanie—do trzech godzin.

Co się tyczy środków farmaceutycznych, to używać należy: hoscinum hydrobromicum, podskórnie w ilości 0,0008 do 0,003 na dawkę (przy wadliwej działalności serca—przeciwskazany); wodan chloralu, 1 do 4 gr. na raz (tylko u ludzi ze zdrowem sercem i płucami, i nie przez długi czas); sulfonal, w praktyce szpitalnej, po 1—2 gr. lub trional, u zamożniejszych, po 0,5—1 gr. na dawkę; przetwory bromu, makowca, w dużych dawkach; jeśli choremu nie sposób zadać leku per os,—morfina, bardzo ostrożnie.

(Wracz 1899. № 42). S.

Grawitz. **O stosowaniu gorącego piasku w celach leczniczych.** Naturalne kąpiele z piasku nadbrzeżnego, rozgrzanego promieniami słońca, znane były od najdawniejszych czasów; sztuczne kąpiele w krajach o chłodnym klimacie weszły w użycie od niedawna.

Pierwsi zajęli się tą kwestją Sturm w Köstritz'u i Fleming w Blasewitz'u w 1860 r.; wskazania tych autorów co do zajmującego nas zabiegu leczniczego przetrwały do dziś. Następnie zajmowali się tą sprawą: Cordes, Conrad, Bergeret, Succhard, Paruski.

W 1895 r. autor niniejszej pracy wygłosił odczyt o piaskowych kąpielach, w tow. internistów w Berlinie, od tego też czasu, jak sądzi autor, datuje się większe rozpowszechnienie tych kąpieli.

Przy stosowaniu kąpieli piaskowych wanna powinna być tak urządzoną, żeby, po umieszczeniu w niej chorego, mogła być łatwo (kółka, szyny) wysunięta na świeże powietrze (ogród, werenda); w pobliżu powinien się znajdować natrysk, albo też kąpiel z wody letniej dla umycia się z piasku. Długość takiej wanny powinna wynosić 2 m., szerokość $1^1/_2$ m., wysokość 40—50 cm.; w prywatnych domach w tym celu można użyć zwyczajnych skrzyń. Do takiej kąpieli używa się piasku morskiego lub rzecznego, przepuszczonego przez sito. Stosuje się tę kąpiel w następujący sposób: chory obnażony lub też okryty płóciennem prześcieradłem, sadowi się na kilkucalowej warstwie piasku, po czem ciało jego zasypuje się piaskiem aż po szyję;

pod głowę—poduszka; wreszcie, wannę pokrywa się wełnianą chustką. T° piasku 35° do 55° R., najwyżej. Chory pozostaje w kąpieli od 30 min. do godziny. Ilość kąpieli zależy od przypadku chorobowego. Po kąpieli piasek się zmywa i chory udaje się do łóżka, ewent.—dla dla wywołania potów—okrywa się go wełnianą kołdrą.

Praktyczną odmianę kąpieli piaskowej wprowadził dr. Gołowin (Journ. d'hygiéne 1896 str. 475): umieszcza on chorego na 3 całowej warstwie 65° piasku, znajdującej się między dwoma prześcieradłami i pokrytej wełnianą kołdrą, następnie zawija go nią aż do szyji; u nóg—worek z piaskiem, a na wszystko ponownie kładzie wełnianą kołdrę; kąpiel trwa ½ godziny.

Gorący piasek może być również użyty dla częściowych kąpieli (w celu przyśpieszenia wessania wysięków, lub też w celu uspokojenia bólu dolnych kończyn); najlepiej w tym celu używać go w workach.

Wyższość kąpieli piaskowej zasadza się na działaniu stosunkowo znacznie podniesionej ciepłoty bezpośrednio na skórę, bez znacznego podniesienia ciepłoty ciała; gdy kąpiel wodna 40°—42,5° podnosi t° ciała o 1,25° do 2,27° a łaźnia 45° o stopni 2,7°, kąpiel piaskowa natomiast podnosi ją tylko 0,5°, rzadko zaś o 1°. Zależy to: 1) od stałego zetknięcia się ciała i piasku, skutkiem czego prędzej następuje wyrównanienie się t°, niż w wodzie, gdzie prąd wody ciągle doprowadza do skóry nowe ogrzane cząsteczki; 2) od przebywania chorego podczas kąpieli na świeżem powietrzu. Z tego też powodu nawet ciężko chorzy lepiej znoszą gorące piaskowe kąpiele, niż wodne: ból głowy i ogólne osłabienie, zmuszające nieraz do przerwania kąpieli wodnych, przy piaskowych nie zdarzają się wcale.

Następnie, gorący piasek wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry, skutkiem czego tak łatwo następuje wessanie się produktów zapalnych i zmniejszenie się bólu.

Nareszcie, gorący piasek wpływa na unerwienie skóry: autorowi udawało się wywołać poty tam, gdzie inne kąpiele były bezskuteczne.

Główniejsze wskazania:

1) Puchlina wywołana chorobami serca, nerek, lub wątroby, szczególnie przy organicznem cierpieniu mięśnia sercowego, połączonego ze zmianami zastawek, lub bez takowych, przy którem to cierpieniu gorące wodne kąpiele są stanowczo przeciwwskazane. 2) Wysięki. 3) Zapalenie przewlekłe stawów; szczególnie zaleca je autor przy arthritis chronica deformans. 4) Nerwobóle, szczególnie ischias. 5) Gościec ostry i przewlekły. 6) Jako środek pomocniczy przy leczeniu chorób ustrojowych: zołzy, przymiot. Autor twierdzi, że w miarę częstszego zalecania tego znakomitego leczniczego środka, ilość wskazań bezwątpienia się powiększy.

(Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie I. 1).

A. Landau.



KRONIKA.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w przyszłym roku w Krakowie, odbył w d. 20 b. m. posiedzenie, na którem uchwalono przedłużyć Zjazd po za pierwotnie zakreślony czas 4-ro dniowy jeszcze na środę 25 lipca 1900 r., a to w tym celu, aby uzyskać we wtorek popołudniu czas na zbiorowe posiedzenie, poświęcone obradom nad sprawą gruźlicy, jako kwestją pierwszorzędnej doniosłości naukowej i społecznej. Pomysł skupienia wszystkich sekcyj dla narad nad tą sprawą wyszedł od sekcji zakopańskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich z inicjatywy D-ra T. Janiszewskiego, lekarza stacji klimatycznej w Zakopanem. To zbiorowe posiedzenie nie wyklucza dokładnych dyskusyj nad rozmaitymi zagadnieniami dotyczącymi gruźlicy, w każdej z sekcyj lekarskich zjazdu. Nadto na pierwszem ogólnem posiedzeniu Zjazdu wygłoszony będzie przez jedną z polskich znakomitości lekarskich wykład, obejmujący obecny stan nauki o gruźlicy i jej zwalczaniu przez społeczeństwo.

Oba ogólne posiedzenia Zjazdu uświetnione będą nadto wykładami dwóch najsłynniejszych dzisiaj polskich uczonych, t. j. prof. Hoyera z Warszawy i prof. Nenckiego z Petersburga, którzy już przychylili się pod tym względem do prośby komitetu.

Liczba sekcyj naukowych Zjazdu zwiększyła się o sekcją dentystyczną, której gospodarzem będzie Doc. Dr. Łepkowski (Kraków ul. Straszewskiego). Nadto sekcja techniczna Zjazdu, której organizacją zajmują się z ramienia Towarz. Techn. Krak. i Komitetu Zjazdu dyrektor Ingarden i prof. Steingraber, podzieli się prawdopodobnie wskutek spodziewanego napływu uczestników na kilka grup, obradujących odrębnie. We wszystkich innych sekcjach prace przygotowawcze są w pełnym toku, a z dniem 1 grudnia będą już oznaczone wszystkie główne tematy obrad w każdej sekcji i ogłoszone nazwiska uproszonych referentów, z którymi toczą się obecnie rokowania.

Sprostowanie: W № 10 str. 428, wiersz 18, zamiast: *parametrium*, powinno być: *paranephrium*: wiersz 23, zamiast: rzerzączkowego, powinno być: rzeżączkowego.

Wydawca: Dr. J. Koliński. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 29-го Октября 1899 г.

W drukarni K. Kolińskiej, Łódź, Średnia 23.